

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 59

LES MANIFESTATIONS VÉSICALES ET URÉTRALES DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

Travail de la Clinique Gynécologique
Professeur Agrégé J. FIGARELLA

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 5 Novembre 1940

PAR

André JEAN

Né le 12 Juillet 1914, à Marseille

Interne des Hôpitaux de Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. les Professeurs :	
		Y. BOURDE, <i>Président</i>	
		E. CHAUVIN	{ <i>Assesseurs</i>
		E. VAYSSIERE	
		J. FIGARELLA	

MARSEILLE

IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU « PETIT MARSEILLAIS »
19, Cours du Vieux-Port, 19

1940

**LES MANIFESTATIONS VÉSICALES
ET URÉTRALES
DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548219_0116

LES MANIFESTATIONS VÉSICALES ET URÉTRALES DANS LES PROLAPSUS GÉNITAUX

Travail de la Clinique Gynécologique
Professeur Agrégé J. FIGARELLA

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 5 Novembre 1940

PAR

André JEAN

Né le 12 Juillet 1914, à Marseille

Interne des Hôpitaux de Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. les Professeurs :	{	Y. BOURDE, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		E. CHAUVIN				
		E. VAYSSIÈRE				
		J. FIGARELLA				

MARSEILLE

IMPRIMERIE DE LA SOCIÉTÉ DU « PETIT MARSEILLAIS »
19^e, Cours du Vieux-Port, 19^e

1940

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs

Anatomie	MM. CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIERE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	MONGES
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique M. VIGNE

Agrégés en exercice

MM. J. PIÉRI, JAYLE, MOIROUD, CARCASSONNE, BERTHIER, POINSO
DUBOULOZ, SAUTET, BALANSARD, BRAHIC, FIGARELLA, SALMON, PAILLAS
ARNOUX, DELPHAUT, IMBERT, AUDIER, CHOSSON, DOR, RECORDIER

Agrégé libre

M. QUINTARET

Chargé des fonctions d'agrégé

Chimie médicale M. DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	MM. SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Médecine du travail	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	QUINTARET
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT



A MON PERE ET A MA MERE

*Leur tendresse et leur dévouement
sans bornes ont été pour nous le bien
le plus précieux.*

*Nous leur dédions ce travail, en faible
témoignage de piété filiale.*

A MA GRAND'MERE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOURDE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse.

Au cours des séjours que nous avons faits dans ses services, il nous a toujours témoigné sa bienveillance, et nous avons pu admirer ses brillantes qualités de clinicien, et apprécier le charme et la précision de son enseignement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUVIN

Professeur de Clinique Urologique
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous n'avons pas encore eu l'honneur d'être son interne, mais nous connaissons déjà l'étendue de sa culture scientifique et sa haute autorité.

Qu'il soit remercié d'avoir bien voulu accepter d'être notre juge.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VAYSSIÈRE

Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous gardons, de notre passage dans son service, un souvenir inoubliable. Il a su nous faire comprendre, avec sa verve coutumière, tous les bienfaits que le chirurgien peut retirer de l'étude de l'obstétrique.

Qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde reconnaissance et nos respectueux sentiments.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FIGARELLA

Chargé de la Clinique Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de ce travail.

Plus qu'un Maître, il est pour nous un exemple. Depuis le début de nos études médicales, il n'a cessé de nous prodiguer les fruits de son travail et de son intelligence. Il nous a préparé aux concours, et nous honore de sa précieuse amitié.

Nous le prions d'accepter l'hommage de notre reconnaissance infinie et de notre profonde admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER
Professeur de Clinique Neurologique

*Nous lui exprimons nos sentiments
respectueux et notre gratitude infinie
pour tout ce qu'il a fait pour nous.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FIOLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. BOURDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. ROGER

MONSIEUR LE DOCTEUR F. PETIT

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'externe.*

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MICHEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VAYSSIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. BOURDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. FIGARELLA .

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. SALMON

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'interne.*

A CEUX QUI NOUS ONT PREPARE AUX CONCOURS

MONSIEUR LE DOCTEUR HAIMOVICI

Ancien Interne des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR G. DUMON

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. FIGARELLA

Chirurgien des Hôpitaux

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

A NOS CAMARADES DE LA FACULTE

A TOUS NOS AMIS

A MON AMI MARCEL SOUILLLOT

Lieutenant d'Infanterie

A NOS CAMARADES

DU 131^{me} REGIMENT D'INFANTERIE

*Les heures tragiques que nous avons
vécues ensemble nous avaient attaché
à eux. Pussions-nous nous revoir en
des instants plus favorables.*

INTRODUCTION

C'est au cours de la guerre que notre maître, le Professeur Agrégé J. Figarella, nous a donné l'idée de ce travail. Depuis qu'il occupait la chaire de Clinique Gynécologique, il se proposait de consacrer une importante étude aux modifications subies par l'appareil urinaire, dans son ensemble, sous l'influence des déplacements de l'utérus. Il avait, pour cela, réuni déjà un certain nombre de documents cliniques et radiologiques. Mais c'était une œuvre de longue haleine. Aussi, dans les circonstances où nous nous trouvions, nous dûmes limiter notre sujet.

Nous nous sommes contenté, à la lumière des neuf observations inédites que notre maître a bien voulu nous confier, d'envisager seulement les troubles vésico-urétraux dans les prolapsus génitaux. Malgré cette restriction, déjà si grande, puisqu'elle laisse dans l'ombre toutes les modifications pyélo-urétérales, si fréquentes et si intéressantes, et toutes les modifications rénales, nous sommes demeuré, presque exclusivement, sur le terrain clinique, et n'avons fait que donner un aperçu de l'interprétation anatomique et physiopathologique des manifestations cliniques. Certes, dans un tel travail, il eût été intéressant d'exposer le bilan exact des lésions, tant au point de vue macroscopique que microscopique ; mais le temps et les possibilités matérielles nous ont manqué.

Les recherches bibliographiques que nous avons entreprises nous ont montré que, si certains syndromes vésicaux et urétraux ont été étudiés, à plusieurs reprises, dans leurs rapports avec le prolapsus génital, les travaux d'ensemble sur la question font défaut, à part une ou deux exceptions déjà anciennes. Et c'est en définitive ce qui, malgré les restrictions faites, nous a incité à écrire ce travail qui ne représente en quelque sorte que les prémisses, sur le plan clinique, d'une étude plus complète et plus générale que nous nous proposons de reprendre plus tard.

GENERALITES

Les organes pelviens sont si intimement unis par les liens de l'anatomie et de la physiologie, qu'il est aisé de comprendre leur interdépendance pathologique. Il est banal de dire que les processus inflammatoires et tumoraux de l'un de ces organes ont, sur les autres, un retentissement plus ou moins important, plus ou moins précoce, mais presque constant. Parfois même, l'organe malade n'est pas le premier à traduire sa souffrance, et l'attention du clinicien peut être attirée par des symptômes fonctionnels appartenant à l'un des organes voisins.

C'est ce qui se passe dans les prolapsus génitaux. Certes, une fois le prolapsus bien constitué, les troubles urinaires ne manquent guère ; mais leur intérêt est alors secondaire. Ce qui compte, c'est le prolapsus : c'est lui qui incommode la malade ; c'est lui que l'examen, même superficiel, révèle ; c'est contre lui que l'acte chirurgical va s'efforcer de lutter. Mais au début, alors que l'utérus paraît encore en bonne position à l'examen sommaire, ce sont de petits troubles urinaires, des troubles rectaux légers qui inquiètent la malade et lui font consulter un médecin. Ces signes, le chirurgien devra en connaître la valeur pour les rapporter à leur véritable cause, la chute des organes génitaux, faute de quoi la thérapeutique fera fausse route et restera sans effet.

Les buts que nous nous sommes fixés, dans cette thèse, sont les suivants : montrer l'importance que prennent souvent ces troubles urinaires au cours de l'évolution des prolapsus, et en particulier à leur période de début et dans leurs formes frustes ; apprendre à rechercher l'existence du prolapsus chez ces femmes qui viennent se plaindre d'incontinence d'urine, de pollakiurie ; attirer l'attention sur la cystocèle inappréciable à l'examen superficiel, et dont pourtant la cure, seule, pourra améliorer ou guérir ces malades ; mettre en garde contre le diagnostic de « cystite » trop souvent porté dans ces cas-là.

Après un bref historique, nous exposerons, dans un premier chapitre, le syndrome tel qu'il se présente en clinique : le sujet,

ses antécédents, les troubles qu'il ressent, y seront minutieusement décrits. Un deuxième chapitre sera consacré aux résultats de l'examen, aussi bien de l'appareil génital que de l'appareil urinaire. Puis, dans un troisième chapitre, nous essaierons d'interpréter les troubles observés, par l'anatomie et la physiologie pathologiques. Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, nous tirerons les conséquences thérapeutiques des considérations précédentes, et nous terminerons par des conclusions générales.

HISTORIQUE

Les troubles mictionnels au cours des prolapsus sont connus depuis longtemps. Déjà, en 1889, Fristch les signale et les décrit dans ses études sur le prolapsus. Mais il faut arriver en 1895 pour en trouver une étude d'ensemble dans la thèse de Comar.

Par la suite, divers auteurs se sont intéressés à tel ou tel trouble, et c'est l'incontinence qui semble avoir le plus retenu l'attention des cliniciens, sans doute parce qu'elle est des plus fréquentes, et qu'en raison de ses inconvénients et de l'infirmité qu'elle représente, elle nécessite une thérapeutique active.

Au Dixième Congrès Français de Chirurgie, à la suite du rapport de Bouilly, Gérard-Marchand signale deux cas d'incontinence dus au prolapsus, et leur guérison par la simple périnéorrhaphie. La même année, en 1896, Boursier, au Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique de Genève, fait les mêmes constatations.

Parallèlement, se poursuit l'étude des lésions occasionnées par les accouchements et les prolapsus sur la musculature de l'urètre. Cumstons, en 1904, et après lui, Zangmeister, Menge et Stoekel, décrivent, au niveau de la musculature urétrale, des déchirures et des cicatrices fibreuses qu'ils rendent responsables des troubles fonctionnels.

Malgré la mise au point du traitement des prolapsus au Dixième Congrès de Chirurgie, la technique s'améliore. En même temps que la myorrhaphie des releveurs est décrite en France par P. Delbet, Duval et Proust, Delanglade préconise, contre la cystocèle, la suture antérieure des releveurs. Peu après, Grove reprend son procédé, et Chaput s'en fait le défenseur à la Société Nationale de Chirurgie, en 1905. Un peu plus tard, Martin, Violet, Abadie, Pauchet, font connaître en France l'interposition vésico-vaginale de l'utérus de Wertheim-Shauta. Entre ces deux méthodes, les avis restent très partagés, car l'une et l'autre ont des inconvénients et des indications particulières.

Le Congrès de Chirurgie de 1923 n'apporta aucun fait intéressant en ce qui concerne les troubles urinaires dans les prolapsus.

Depuis, quelques auteurs se sont efforcés d'étudier la pathogénie de ces manifestations, en vue d'une thérapeutique efficace. L'incontinence d'urine fait l'objet d'un rapport de Muret, au Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, en 1937. Cet auteur fait dériver l'incontinence de la proci-dence de la paroi vaginale antérieure, et décrit toutes les méthodes opératoires capables de lutter contre cette affection. Avec les travaux de Cotte sur la chirurgie du sympathique pelvien, il semble qu'une voie nouvelle soit ouverte dans l'interprétation et le traitement des affections douloureuses des organes urinaires.

CHAPITRE PREMIER

LE SYNDROME CLINIQUE

Comment se présentent ces malades en clinique ? Quel est leur aspect ? Quels sont leurs antécédents ? Quels symptômes fonctionnels accusent-elles ? Et quelle en est l'évolution habituelle ? Telles sont les questions que nous allons successivement envisager dans ce chapitre.

I. — LE SUJET

Il s'agit de femmes d'âge très variable. Dans nos observations, l'âge varie entre 25 et 63 ans, ce qui, étant donné le petit nombre de ces observations, montre qu'il n'est pas exceptionnel d'avoir affaire à de très jeunes femmes. Cependant, l'âge moyen se situe aux environs de la ménopause, quoique, dans la grande majorité des cas, ces femmes soient encore réglées, et que, comme nous le verrons plus loin, les règles aient une influence sur l'intensité des symptômes.

L'aspect de ces femmes est assez caractéristique au premier abord. Tuffier en a dressé un tableau très exact. Ces femmes, atteintes d'une maladie générale à manifestations multiples, se présentent à nous les traits ridés, la peau flasque malgré un certain embonpoint, la paroi abdominale relâchée, l'estomac ptosé, le rein mobile, l'intestin ptosé et atone. Que cet aspect soit dû au ralentissement de la nutrition, comme le pense Tuffier, à un déséquilibre nerveux musculaire et vasculaire, selon l'avis de Doléris, ou encore ne soit qu'une manifestation du neuro-arthritisme (Richelot), peu nous importe ; il nous suffit que le fait soit exact dans le plus grand nombre des cas.

Il arrive pourtant que nous ayons à examiner des femmes maigres. Leur amaigrissement, succédant à une maladie générale,

a été alors souvent rapide, et suivi d'une véritable atrophie du plancher pelvien.

Enfin, dernier fait caractéristique, ces malades présentent toutes, à de rares exceptions près, une constitution névropathique, ce qui nous explique les erreurs de diagnostic si souvent commises. Si l'on ne prend la précaution de les examiner à fond, on risque de mettre les troubles urinaires sur le compte de l'état névropathique, et de se tromper ainsi lourdement. En dehors des troubles urinaires et des douleurs pelviennes, qui sont réels, ces malades se plaignent d'une foule de maux, variés à l'infini, et dont le nombre et la complexité risquent également d'égarer le clinicien. Les unes accusent des céphalées, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ; les autres, des troubles digestifs : vomissements, douleurs gastriques, constipation ; d'autres enfin, sont sujettes aux idées noires. Il faut savoir ne pas insister sur ces troubles, et sans négliger leur importance pour le psychisme de la patiente, ne leur attribuer que la valeur qu'ils méritent. D'ailleurs, le traitement rationnel des lésions génitales les supprime ou, du moins, les atténue considérablement.

II. — LES ANTECEDENTS

Il existe un antécédent majeur qui se trouve pratiquement dans tous les cas : c'est la puerpéralité. Potocki a bien mis ce fait en évidence, et attribue à ces lésions pelviennes la valeur d'un stigmate de la maternité. Toutes nos observations se rapportent à des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses ; c'est donc là le facteur étiologique essentiel à l'origine des troubles qui nous occupent.

C'est, en règle générale, à un accouchement que la malade fait remonter ses souffrances ; l'accouchement dont elle se souvient fort bien et qu'elle décrit avec précision, a été bien souvent dramatique ; l'accouchement dystocique est fréquent, surtout avec application des forceps. Mais, le traumatisme du travail, en dehors de toute dystocie, est à lui seul un facteur suffisant dans la production des lésions originelles. La répétition des accouchements à intervalles rapprochés, a aussi une grande influence, c'est pourquoi nous avons souvent affaire à de grandes multipares.

De temps à autres, on ne trouve pas d'accouchements dans les antécédents, mais alors il est rare de ne pas découvrir un ou plusieurs avortements, suivis ou non de manœuvres intra-utérines. C'est le cas de deux de nos malades. La grossesse, en effet, en

dehors du travail, crée, au niveau du pelvis, des perturbations trophiques, d'autant plus qu'il s'agit de grossesses nombreuses et répétées à courts intervalles, ainsi que l'a fait remarquer Auvray.

D'une façon tout à fait exceptionnelle, les femmes que nous examinons, n'ont jamais été enceintes. On a décrit depuis longtemps les prolapsus des vierges et des nullipares qui semblent dus à des malformations congénitales, en particulier au niveau du péritoine et du diaphragme pelviens (Trélat).

Notons, pour terminer, que l'on retrouve bien souvent dans l'anamnèse, des efforts répétés et violents, et que beaucoup de ces femmes exercent des professions pénibles.

Mais ce n'est pas tout ; l'étude des antécédents permet de retrouver chez ces malades d'autres affections d'un intérêt certain. Souvent, ces femmes ont subi des interventions gynécologiques : cautérisations du col, ablation de polypes, des dilatations du vagin, voire des hystérectomies par voie basse, et ces interventions peuvent ne pas être étrangères à la production des lésions que nous étudions. Des maladies générales, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, se rencontrent aussi. Il faut faire une place à part aux affections rénales (albuminurie, azotémie) qui sont plus souvent la conséquence que la cause des troubles observés. Sans vouloir faire jouer à ces affections un rôle aussi important qu'à la puerpéralité, il faut voir en elles la signature du mauvais état général que présentent, la plupart du temps, ces malades.

III. — LES GRANDS SYMPTOMES

Banaux dans leur nature, ils revêtent pourtant des caractères particuliers que nous nous efforcerons de bien mettre en lumière. Ils se classent, par ordre de fréquence, dans l'ordre suivant :

- a) Pollakiurie ;
- b) Incontinence ;
- c) Dysurie ;
- d) Rétention ;
- e) Cystalgie.

En général, l'un de ces symptômes prédomine dans le tableau clinique, mais, en règle générale, plusieurs d'entre eux sont réunis chez la même malade.

a) La Pollakiurie

C'est de beaucoup le symptôme le plus fréquent ; et comme il s'accompagne souvent de douleurs à la miction, il fait porter, à tort, le diagnostic hâtif de cystite. Et cependant, dans les prolapsus, ce symptôme a des caractères particuliers bien précis.

Il consiste en l'augmentation de fréquence des mictions. A chaque instant ces femmes sont prises du besoin d'uriner, et parfois ce besoin est si pressant que quelques gouttes d'urine s'échappent de l'urètre avant que la malade n'ait pris ses dispositions : c'est la miction impérieuse. D'ailleurs, chaque miction n'évacue que quelques centimètres cubes d'urine, bien qu'il existe souvent une polyurie réflexe. Enfin, ces besoins sont parfois douloureux, revêtant alors la forme d'épreinte.

La pollakiurie des prolapsus est à prédominance diurne et, fait capital, est aggravée par la station debout, par la marche, par la fatigue. Elle s'atténue d'une façon considérable sous l'influence du repos, et en particulier de la position couchée. Cependant, il peut exister de la pollakiurie nocturne, à tel point qu'on a pu parler de « prostatisme » chez la femme (Guyon).

Enfin, la pollakiurie s'exagère pendant la période menstruelle, car, comme l'a dit Legueu, la vessie réagit à la congestion, comme elle réagit à l'inflammation.

Ce symptôme reconnu, il faut l'interpréter ; la pollakiurie de la cystite s'accompagne de pyurie : encore faut-il savoir que, comme l'a montré Rochet, et comme nous le dirons plus loin, l'infection vésicale manque rarement chez les femmes atteintes de prolapsus. La pollakiurie de la lithiase rénale est aggravée par la station debout, la marche, la fatigue, et ce n'est que l'examen complet des appareils génital et urinaire qui permettra de ne pas confondre.

Dans quatre de nos observations, ce symptôme était particulièrement net :

OBSERVATION I (Inédite). — M^{me} P..., âgée de 63 ans, souffrait depuis longtemps d'une « chute de la matrice ». Elle avait d'abord été traitée au moyen de pessaires pendant deux ans ; puis, devant l'échec de cette thérapeutique, une intervention sanglante fut jugée nécessaire, et consista, semble-t-il, en une colpo-périnéorraphie avec myorraphie des releveurs.

Cette intervention guérit le prolapsus, mais n'apporta aucune amélioration aux troubles urinaires présentés jusqu'alors ; au contraire, ils s'accrochèrent, et ce sont eux qui nous amènent la malade.

Il s'agit d'une pollakiurie intense, obligeant la malade à se lever huit à dix fois la nuit, et réalisant un syndrome pseudo-prostatique. Ce symptôme persiste

le jour, mais atténué. Les mictions sont douloureuses, mais il n'y a pas d'incontinence.

Ménopausée il y a trois ans, cette femme a eu cinq enfants (accouchements spontanés), et un avortement. Elle a présenté, jadis, de l'hyperazotémie et de l'hyperglycémie.

A l'examen on note :

- une urétrocèle,
- une cystocèle importante,
- un prolapsus utérin peu accentué (premier degré).

Le périnée paraît solide et bien étoffé.

Le doigt, introduit dans le vagin, sent, dans la paroi antérieure, l'urètre qui est gros et dur, et contourné en « S italique » ; au-dessus de lui, existe un véritable bas-fond vésical. Ces déformations uréthro-vésicales semblent conditionner les troubles que nous observons, en amenant une rétention partielle au niveau du bas-fond vésical.

Une colporrhaphie antérieure, associée à une ligamentopexie des ligaments ronds par voie intra-péritonéale, est pratiquée le 12 février 1939 ; les suites opératoires furent sans histoire ; un mois après l'opération, les troubles urinaires ont disparu et, notamment, la malade n'est plus obligée de se lever la nuit.

OBSERVATION II (Inédite). — M^{me} T..., âgée de 61 ans, vient nous consulter, au mois de novembre 1938, pour un prolapsus utérin survenu, il y a six mois, à la suite d'un effort de défécation ; elle se plaint, en outre, de petites hémorragies génitales continues.

La ménopause remonte à 19 ans ; M^{me} T... a eu trois enfants, mais les accouchements n'ont jamais provoqué de déchirures franches du périnée.

Il existe des troubles urinaires importants, mais leur intérêt semble secondaire à la malade qui s'inquiète davantage de sa matrice qui pend entre ses cuisses et de ses hémorragies. Cependant, à l'interrogatoire, leur apparition précède celle du prolapsus : il est probable que, avant la production de ce prolapsus aigu par effort, il existait déjà un certain glissement de la paroi vaginale antérieure, responsable de l'apparition des troubles urinaires. Quoiqu'il en soit, la malade urine de plus en plus souvent et cette pollakiurie s'intensifie à la marche et aux efforts. De plus, depuis un mois, la malade perd ses urines de temps à autre.

A l'examen, on note l'existence d'un prolapsus du troisième degré, en battant de cloche. Le vagin, cependant, n'est pas entièrement retourné sur lui-même, et ses culs-de-sac persistent. Le col, gros et métrité, est le siège d'une ulcération, origine des hémorragies. La pression de la paroi antérieure du vagin fait sourdre de l'urine par le méat urétral.

La biopsie du col nous ayant confirmé la nature bénigne de l'ulcération, on détruit celle-ci à l'électro-coagulation. Un mois plus tard, en décembre 1938, on effectue la cure du prolapsus par le procédé de Lefort élargi ; bon résultat opératoire. En avril 1939, on note la disparition complète des troubles urinaires.

OBSERVATION III (Inédite). — M^{me} Bal..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital, le 25 février 1939, pour des crises douloureuses abdominales accompagnées de troubles urinaires.

Le début remonte à un an environ. Il s'est manifesté par des douleurs survenant par crises et siégeant dans la fosse iliaque gauche. Ces crises s'accompagnent de frissons et de vomissements. Elles sont calmées par le repos au lit et la glace sur le ventre. Elles se sont, depuis un an, reproduites à plusieurs reprises. Dans leur intervalle, existent des pertes blanches, mais pas de métrorragies.

Les troubles urinaires sont plus discrets : il faut les rechercher. Les mictions ont augmenté de fréquence depuis un an, et sont devenues douloureuses ces derniers temps. La pollakiurie est surtout nette pendant la période menstruelle, mais il n'existe ni incontinence, ni dysurie ; les urines sont claires.

Les règles sont régulières, surviennent tous les mois à date fixe et durent huit jours environ.

La malade n'a pas eu d'enfants, mais un avortement de quatre mois suivi de curetage. Appendicectomie en 1927. Rhumatisme articulaire aigu sans lésions cardiaques.

Lorsque nous l'examinons, la malade est en crise : sa température est à 39°, son abdomen est douloureux, surtout à gauche, où existe un empâtement profond. Au toucher, l'utérus est difficilement perçu, et l'on note la présence de deux masses annexielles douloureuses. Repos, glace sur le ventre, sulfamidothérapie amènent une rapide rétrocession des symptômes. Le 7 mars, la température est à 37° ; au toucher, l'utérus est en rétroversion et légèrement abaissé ; l'ovaire droit est prolabé dans le Douglas, la trompe droite perçue sous la forme d'un crayon douloureux ; à gauche, existe une tuméfaction douloureuse difficile à délimiter.

A partir du 16 mai, columnisations du vagin associées au Dagénan. La malade quitte l'hôpital, mais les columnisations sont poursuivies pendant six semaines ; sous l'influence de ce traitement, les phénomènes inflammatoires disparaissent et lorsque nous revoyons la malade, le 28 juin, l'utérus est en bonne position et les troubles ont entièrement disparu, eux aussi.

OBSERVATION IV (Inédite). — M^{me} Mov..., âgée de 59 ans, entre à l'hôpital, le 29 février 1939, pour un prolapsus utérin dont le début, insidieux, remonte à huit ans, et qui s'est aggravé particulièrement depuis un an.

Il n'existe pas de douleurs, mais les troubles urinaires sont importants ; c'est surtout une pollakiurie intense, apparaissant le jour et aggravée par la station debout, qui incommode la malade. Les mictions ne sont pas douloureuses.

Parmi les autres symptômes, on note de la céphalée et quelques vertiges.

Dans les antécédents obstétricaux, on ne relève pas d'accouchements, mais un avortement de trois mois, ayant nécessité un curetage.

A l'examen, le toucher montre un abaissement considérable de l'utérus dont le col est à la vulve. La paroi vaginale antérieure est soulevée par une cystocèle qui bombe pendant les efforts de toux et la station debout. Il n'y a pas de rectocèle ; la sangle périnéale est affaiblie, le périnée est court et peu étoffé.

L'intervention, effectuée le 4 mars 1939, consista en une colporrhaphie antérieure associée à un colpo-périnéorrhaphie avec suture des releveurs.

Les suites opératoires furent excellentes, et l'on assista à l'amélioration progressive du fonctionnement vésical.

b) L'Incontinence

C'est, avec la pollakiurie, le grand symptôme urinaire au cours des prolapsus ; sa fréquence est particulièrement grande. Elle consiste en la perte involontaire et inconsciente par l'urètre de l'urine contenue dans la vessie. Elle se caractérise par son mode d'apparition : elle survient en position debout, et particulièrement à l'effort, au rire, à la toux, aux éternuements. Cette infirmité entraîne

tout un cortège d'inconvénients. L'urine vient souiller les muqueuses du vestibule et du vagin qui finissent par s'irriter ; la vulve est le siège de démangeaisons continuelles. Il se produit parfois des excoriations, des ulcérations, et même des fistules.

Il faut bien différencier cette incontinence vraie d'avec la fausse incontinence dite par regorgement, qui se produit lorsque la vessie étant pleine par rétention, le sphincter vésical se laisse forcer.

Mais, en présence d'une incontinence vraie, il faudra éliminer d'emblée les incontinenances congénitales et nerveuses dont la preuve est facile à faire. Plus difficiles à diagnostiquer sont les incontinenances d'origine urinaire, et en particulier celles qui surviennent au cours des cystites, de la tuberculose rénale et vésicale. C'est encore l'examen complet de l'appareil urinaire qui permettra de les reconnaître.

Dans trois de nos observations, l'incontinence était le symptôme majeur.

OBSERVATION V (*Inédite*). — M^{me} N..., nous est adressée, le 25 mai 1939, pour des troubles urinaires d'origine vraisemblablement génitale. Elle est âgée de 40 ans. Le début de sa maladie remonte à deux ans, à la suite d'un accouchement ayant nécessité l'application des forceps. C'est progressivement que s'établirent, en plus de quelques pertes vaginales, les troubles qui nous amènent la malade.

Ces troubles consistent principalement en incontinence accompagnée ou non de mictions impérieuses. Lorsqu'elle se met debout, lorsqu'elle fait un effort, la malade ne peut retenir ses urines. Parfois, c'est un besoin impérieux qui la saisit et l'oblige à laisser échapper quelques gouttes d'urines. Cette incontinence est en rapport avec les menstruations : elle survient quelques jours avant l'apparition des règles et persiste pendant toute leur durée ; elle s'atténue considérablement ou disparaît même complètement dans la période qui suit les règles.

Les troubles génitaux sont peu importants : les règles présentent un retard habituel de huit à dix jours ; elles durent de trois à quatre jours. Il existe des douleurs lombaires presque continues, mais de faible intensité.

L'état général est bon ; la malade se dit neurasthénique, en proie aux « idées noires », mais elle mange bien, dort bien, et ne présente aucun amaigrissement.

A l'examen, le col est déchiré, métrité ; le corps utérin est en antéversion ; l'ensemble col-corps est sensiblement abaissé, bien que le col n'atteigne pas la vulve ; les ovaires, facilement perçus, sont prolabés dans le Douglas, le droit étant légèrement douloureux à la pression.

Les examens de laboratoire sont normaux. Le 10 juin, nous pratiquons, sous anesthésie générale, une ligamentopexie des ligaments ronds par le procédé des « bras croisés ». Bonnes suites opératoires.

La malade est revue en juillet : elle ne perd plus ses urines et ses douleurs lombaires ont notablement diminué.

OBSERVATION VI (*Inédite*). — M^{me} Ag... est âgée de 34 ans ; elle vint nous consulter, le 12 avril 1939, pour un ensemble de troubles : douleurs hypogastriques, troubles urinaires, troubles généraux.

Les règles, apparues à l'âge de 13 ans, survenaient au début deux fois par mois. Leur durée moyenne était de six jours. A la suite d'un accouchement, survenu il y a dix ans, elles ont diminué de fréquence au point de ne survenir que tous les quarante-cinq jours environ. La malade suivit alors un traitement au benzo-gynoestryl qui ramena leur fréquence à la normale. Cependant, elles restèrent peu abondantes. L'accouchement détermina une déchirure du périnée qui fut suturée immédiatement.

Actuellement, les douleurs siègent dans le bas-ventre et s'irradient aux cuisses ; elles sont presque continues avec exacerbation à la fatigue.

Les troubles urinaires sont caractérisés par de l'incontinence : la malade perd ses urines aux efforts, au rire, et surtout pendant l'hiver. L'incontinence est maxima pendant les périodes menstruelles ; les mictions sont douloureuses.

Enfin, complétant le tableau, il existe des troubles généraux variés : vapeurs, vertiges, étourdissements, phobies, brûlures d'estomac, aigreurs, constipation ; le poids a augmenté de 20 kilos en dix ans.

A l'examen, nous sommes en présence d'une femme grasse dont l'état général ne nous présente rien à signaler. Au toucher, le col, de volume et de consistance normaux, est à la vulve. On note une cystocèle importante et même une rectocèle. L'utérus est petit ; les annexes, prolabées dans le Douglas, sont sensibles, les veines ano-rectales sont dilatées.

Le 5 mai, hystéropexie isthmique. Suites opératoires normales. La malade est revue en juin et en juillet : les troubles pelviens ont disparu ; les mictions sont normales ; les hémorroïdes ont régressé ; l'utérus est en bonne position et la cystocèle n'est plus perceptible.

OBSERVATION VII (Inédite). — M^{me} X..., âgée de 48 ans, nous était envoyée avec le diagnostic de fistule vésico-vaginale. En effet, elle présentait, depuis deux ou trois ans, une incontinence totale des urines en position debout. Auparavant, son incontinence n'était que relative.

Cette malade avait eu plusieurs grossesses ; à la suite de la dernière, particulièrement pénible, on dut faire une application des forceps, et il se produisit une large déchirure du périnée, traitée par une colpoperinéorrhaphie avec myorrhaphie des releveurs. C'est de ce moment que datent les troubles urinaires.

A l'examen, l'utérus est en rétroversion et en prolapsus du premier degré. Il existe une cystocèle marquée. L'urètre est gros, dur, et présente une forme assez caractéristique, « en S italique », comme l'a dit notre maître, le professeur agrégé Figarella ; il y a de la périurétrite. La portion inférieure de l'urètre fait saillie à la vulve ; le méat est élargi. La recherche soigneuse de la fistule est négative. La malade étant couchée, on la fait tousser : on voit alors de l'urine sortir du méat et pénétrer dans le vagin qui se remplit ainsi de dehors en dedans. En injectant dans la vessie une solution colorée et en plaçant un tampon dans le vagin, on se rend compte que le tampon se colore seulement par sa face extérieure ; conclusion : il n'y a pas de fistule vésico-vaginale, mais il existe, par contre, une incontinence urétrale d'urine ; en position couchée, l'urine, sortant de l'urètre incontinent, pénètre dans le vagin qui se vide de son contenu dans la position debout, ce qui avait fait croire à une fistule vésico-vaginale.

Le traitement consista simplement en une hystéropexie en position très élevée. Le résultat anatomique et fonctionnel fut excellent.

c) La Dysurie

C'est encore un symptôme fréquent ; si nous ne le faisons venir qu'en troisième place, c'est qu'il coexiste presque toujours avec

l'un des symptômes précédents, et que, de ce fait, il passe au second plan. Il consiste, pour la malade, en une difficulté, douloureuse ou non, de vider sa vessie. On distingue plusieurs sortes de dysuries du point de vue clinique : tantôt la miction est simplement ralentie ; c'est le degré le plus atténué ; tantôt la miction est retardée, et ne se produit qu'après une attente plus ou moins longue et des efforts plus ou moins violents ; tantôt enfin, la miction est discontinuée : après un début normal ou légèrement retardé, l'urine cesse de couler, puis revient grâce à de nouveaux efforts, pour s'interrompre encore plusieurs fois avant que la vessie ne soit vide. Pour faciliter la miction, les malades prennent des attitudes variées : les unes urinent en position couchée seulement ; les autres sont obligées de s'accroupir ; d'autres adoptent la position debout et penchée en avant ; certaines, enfin, ne peuvent uriner qu'en appuyant, avec un doigt, sur la paroi antérieure du vagin, ce qui a pour effet de réduire la cystocèle.

La dysurie est fréquente au cours des cystites, mais nous avons déjà parlé du diagnostic de cette affection et nous n'y reviendrons pas. L'urétrocèle s'accompagne aussi d'une dysurie accentuée, mais c'est une lésion qui se rencontre souvent chez ces femmes et nous aurons l'occasion d'y revenir.

Dans la plupart de nos observations, nous avons relevé de la dysurie à des degrés variables ; mais une seule fois elle apparaissait comme symptôme urinaire isolé.

OBSERVATION VIII (*Inédite*). — M^{me} Pe..., 28 ans, est hospitalisée, le 28 février 1939, pour crises douloureuses abdominales. Ces crises remontent à quatre ans, et ont été attribuées à de la salpingite.

La crise actuelle dure depuis dix jours : la douleur siège dans le bas-ventre, violente surtout à gauche, s'irradie dans la région lombaire, et s'accompagne de nausées et de frissons ; la température est à 38°. Il existe des pertes blanches peu abondantes, mais fétides.

Par contre, la malade attire l'attention sur des troubles urinaires importants, et qui *datent de longtemps*. Elle éprouve une difficulté considérable pour uriner. Les mictions ne sont possibles que dans la position fortement accroupie, et encore au prix d'efforts violents ; enfin, les mictions sont discontinuées. On note un peu de pollakiurie, mais les mictions ne sont pas douloureuses, et il n'existe pas d'incontinence.

Des troubles généraux complètent le tableau clinique : constipation légère, céphalée, vertiges, palpitations cardiaques.

Enfin, les règles, normales jusqu'au mois d'octobre 1938, sont devenues irrégulières, tant au point de vue de leur époque d'apparition, que de leur abondance.

En résumé, nous sommes en présence d'une triade symptomatique : crises douloureuses abdominales, dysurie, dysménorrhée.

La malade a eu deux grossesses normales : ses enfants, vivants, ont respectivement 4 ans et 3 ans ; elle n'a jamais eu d'avortement.

Au toucher, on sent un col utérin métrité, un corps légèrement basculé en arrière, un cul-de-sac latéral gauche empâté et douloureux.

Le traitement passa par les étapes suivantes :

1) repos complet au lit, et administration de sulfamides (Dagénan); la température s'abaisse, les douleurs s'amendent. Cependant, au toucher, le corps utérin est en rétroversion fixée, les masses annexielles ont à peu près disparu, les paramètres sont empâtés;

2) le 16 mars, en plus du repos, columnisations du vagin et diathermie. Le 1^{er} mai, l'utérus, toujours en rétroversion, se mobilise facilement. Les masses annexielles ont fondu, mais le col utérin est abaissé et apparaît presque à la vulve. Si les douleurs ont disparu, les troubles urinaires persistent. Nous pensons que la malade présentait, depuis ses accouchements, un prolapsus léger se traduisant par des troubles urinaires. L'inflammation de ses annexes, responsable des crises douloureuses, bloquant les organes du petit bassin, avait, au premier examen, masqué le prolapsus. Une fois les phénomènes inflammatoires disparus, l'utérus, redevenu mobile, se prolaba à nouveau, ce qui explique la persistance des troubles urinaires malgré la disparition des phénomènes inflammatoires;

3) le 12 mai, sous anesthésie générale, nous pratiquons une ligamentopexie des ligaments ronds. Bonnes suites opératoires. Quand la malade quitte l'hôpital, le 21 juillet, ses troubles urinaires ont disparu.

d) La Rétention

La rétention d'urine s'observe d'une façon beaucoup plus rare que les symptômes que nous venons d'étudier. Comme dans les autres affections, la rétention qui survient au cours des prolapsus, peut revêtir plusieurs formes :

- rétention complète aiguë ;
- rétention complète chronique ;
- rétention incomplète.

La rétention complète aiguë se caractérise par l'impossibilité absolue d'uriner, survenant brusquement chez une femme n'ayant présenté jusque-là aucun symptôme urinaire. Le tableau habituel est le suivant : une femme, bien portante, présente brusquement, à la suite d'un effort ou dans toute autre circonstance, un prolapsus génital aigu. Elle ressent, en même temps, des douleurs violentes dans la région hypogastrique, douleurs qui s'irradient dans les aines et le sacrum. Elle s'aperçoit, de plus, qu'elle ne peut plus uriner, malgré le besoin qu'elle en ressent. Les efforts qu'elle fait pour vider sa vessie sont horriblement douloureux. Bientôt apparaissent des contractures du muscle vésical, et des phénomènes d'agitation ne tardent pas à se produire, réalisant un tableau clinique parfois très grave. Lorsque la vessie est sous tension, il existe souvent de l'incontinence par regorgement. La présence d'un globe vésical permet de faire le diagnostic de rétention, et le cathétéris-

me, que les modifications de direction et de forme de l'urètre rendent parfois difficile, ramène des urines en grande quantité. Abandonnée à elle-même, la rétention aiguë peut engendrer de graves accidents d'intoxication.

La rétention complète chronique consiste dans l'impossibilité permanente d'uriner et la nécessité de sondages quotidiens. Elle survient soit après une crise aiguë, ou s'établit peu à peu, à la suite d'une phase de rétention incomplète.

Cette dernière est caractérisée par l'impossibilité d'évacuer complètement sa vessie. On le constate lorsque un cathétérisme, effectué immédiatement après une miction, ramène une quantité appréciable d'urine. Ce symptôme passe fréquemment inaperçu, et c'est ce qui en fait la gravité. Le « résidu vésical » stagne longtemps dans la vessie, s'infecte, et les phénomènes de cystite ne tardent pas à apparaître.

La rétention a pour effet d'augmenter la cystocèle, d'amener la dilatation des uretères et de provoquer des troubles rénaux de gravité variable, mais certaine.

En présence d'une rétention chez la femme, il faut éliminer, en dehors des grands traumatismes et des maladies générales et nerveuses, facilement reconnaissables, les tumeurs pelviennes volumineuses (fibromes enclavés, gros kystes), causes les plus fréquentes de rétention. Là encore, c'est l'examen soigneux de l'appareil génital qui permettra de faire le diagnostic.

Voici le cas de rétention aiguë que nous avons observé :

OBSERVATION IX (*Inédite*). — M^{me} Iz..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital, le 25 avril 1939, pour un complexe symptomatique : métrorragies, leucorrhées, douleurs abdominales.

Le début de ces troubles remonte au mois de janvier : des pertes vaginales et des douleurs en constituent toute la symptomatologie.

Les pertes sont formées d'une part par des métrorragies abondantes, faites de gros caillots de sang rouge, survenant sans périodicité, sans conditions particulières, d'autre part par un écoulement glaireux, jaunâtre, contenant quelques filets de sang. Elles sont accompagnées de douleurs à type de pesanteur, siégeant dans le bas-ventre et qui paraissent s'atténuer après l'émission de sang.

Il est difficile, au milieu de ce flux sanguin, de reconnaître des règles normales, mais la malade prétend qu'au moment de ses règles proprement dites, elle perd pendant huit jours un sang rouge, liquide, sans caillot ni douleurs.

Quelques troubles urinaires discrets se surajoutent à cet ensemble symptomatique : dysurie assez importante et pollakiurie légère. Mais la malade ne leur attache aucun intérêt : seules ses hémorragies l'inquiètent et c'est à cause d'elles qu'elle vient se faire soigner.

Les antécédents ne nous apportent aucun fait intéressant : la malade aurait eu une néphrite il y a vingt-huit ans ; elle a eu quatre enfants dont un seul est

vivant à l'heure actuelle, et dont trois sont morts en bas âge. Les accouchements ont été normaux. Il n'y a jamais eu d'avortements.

À l'examen, on est surpris d'apercevoir, pendant entre les cuisses, un prolapsus utérin en battant de cloche. La malade nous apprend alors que ce prolapsus date de dix-huit mois environ. Le col utérin est énorme et présente de grosses lésions de métrite, mais il n'y a pas d'ulcération. Les parois vaginales sont épaissies et indurées.

Avant de traiter chirurgicalement le prolapsus, on juge utile de guérir la métrite cervicale. Pour cela, selon le moyen alors employé dans le service, on infiltre le col utérin à l'aide d'une solution de syncaïne à 1 % : la première infiltration est faite le 28 avril. Le 3 mai, brusquement, la malade ressent une douleur violente dans l'hypogastre ; la température monte à 40° 5 et, malgré ses efforts, la malade ne peut plus uriner. Un globe vésical, remontant jusqu'à deux travers de doigts de l'ombilic, se dessine sous la paroi abdominale. La cystographie montre une énorme vessie dont le point culminant atteint la deuxième lombaire. Le cathétérisme ramène une urine trouble et d'odeur infecte. L'azotémie atteint 1,40 gr. On met la malade au régime hypoazoté ; on lui donne quelques comprimés de gonacrine. Pendant cinq jours, la rétention persistant, on est obligé de sonder la malade dont la température descend en lysis. Le 9 mai, les mictions redeviennent possibles bien qu'il persiste une dysurie intense. Dès le 15, la température est à 37°, et la dysurie s'atténue considérablement.

Un mois plus tard, le 29 juin, l'azotémie est normale et l'on décide d'intervenir : mais la malade se prétend guérie ; en effet, sous l'influence du repos, la plupart des troubles qui l'avait amenée (métorrhagies, douleurs), ont disparu. Et malgré la persistance de son prolapsus et de quelques troubles urinaires discrets, elle quitte l'hôpital le 3 juillet.

e) La Cystalgie

C'est surtout un signe de début du prolapsus ; il en constitue parfois toute la symptomatologie fonctionnelle, et réalise alors une forme fruste de prolapsus. Il consiste en un état douloureux de la vessie, indépendant de toute altération anatomique de cet organe. La douleur siège au niveau de l'hypogastre, et s'irradie dans le clitoris, les aines et le sacrum. Son intensité est variable : tantôt, il s'agit d'une douleur vague s'exagérant dans la position debout et au moment des mictions ; les malades ont l'impression de « sentir leur vessie » (Fournier) ; tantôt, au contraire, les douleurs sont d'une violence extrême, arrachant des cris aux malades, qui se tortent dans leur lit. Ces douleurs ont tous les caractères des coliques viscérales et, d'ailleurs, sont liées à une contracture du muscle vésical.

À ce symptôme douleur, se joignent souvent des signes d'irritabilité viscérale : pollakiurie, dysurie, rétention. La vessie est insensible à la pression et à la distension ; en sondant la malade, on s'aperçoit qu'il existe une véritable anesthésie de la muqueuse vésicale au contact. Par contre, l'urètre membraneux est hyperesthésique.

Devant cette douleur vésicale isolée, il faut toujours penser au prolapsus génital et le rechercher ; mais il faut aussi se souvenir que ce syndrome est fréquent au cours des maladies nerveuses, le tabes en particulier, au cours des maladies urinaires, et chez les névropathes, les faux urinaires, comme les appelait Guyon.

IV. — L'EVOLUTION DES SYMPTOMES

Les différents symptômes que nous venons de passer en revue, évoluent chacun pour leur propre compte, à partir du moment de leur apparition, et suivant leurs caractères particuliers. C'est ainsi que la pollakiurie, en s'exagérant, finit par être pour la patiente une infirmité grave qui peut retentir sur les fonctions psychiques ; l'incontinence, en devenant totale, entretient, au niveau des muqueuses génitales, une irritation continuelle, point de départ d'écoriations, d'ulcérations et d'infection consécutive ; la rétention, enfin, entraîne tout un cortège de troubles généraux dus à l'infection de l'urine retenue et à l'intoxication de l'organisme par les produits de déchet non éliminés.

Cependant, l'évolution de ces symptômes, envisagés dans leur ensemble, est liée à celle du prolapsus, et c'est ce qui constitue l'intérêt de cette étude.

Très souvent les troubles urinaires apparaissent précocement, avant que la malade ne soupçonne son prolapsus. On sait que celui-ci débute par le simple glissement de la paroi vaginale antérieure, et ce fait, seul, est capable de provoquer les troubles urinaires en question. Au fur et à mesure que le prolapsus se constitue, les troubles urinaires augmentent d'intensité, mais devant l'évidence du prolapsus, ils passent relativement au second plan. Ils semblent même, parfois, s'atténuer réellement, et on peut les voir manquer dans les gros prolapsus du dernier degré. Dans ces cas, l'interrogatoire montre qu'une phase de troubles urinaires a précédé l'apparition clinique du prolapsus.

Si l'atténuation est possible, l'aggravation est la règle ; aussi, importe-t-il de traiter ces troubles dès leur apparition. D'ailleurs, en admettant que les troubles urinaires puissent régresser, le prolapsus, lui, ne fait que progresser. Mieux vaut fixer un utérus à peine abaissé, qu'intervenir tardivement sur de gros utérus prolabés, ulcérés et infectés.

CHAPITRE II

LES DONNEES DE L'EXAMEN

L'interrogatoire nous a permis de découvrir des troubles urinaires et de préciser leurs caractères particuliers ; il nous a renseigné sur les circonstances d'apparition de ces troubles ; mais, si nous en soupçonnons la cause, nous sommes encore loin d'en avoir la certitude. Cette certitude, c'est l'examen minutieux et systématique du système uro-génital qui va nous la fournir.

Pour être complet, l'examen doit porter :

- sur la sphère génitale ;
- sur la sphère urinaire ;
- sur la sangle pelvienne.

I. — LA SPHERE GENITALE

La lésion primordiale, la seule intéressante à étudier, que l'examen nous permet de découvrir à l'appareil génital, est le prolapsus. Rien n'est plus variable que la façon dont peut se présenter un utérus prolabé, à l'examen clinique. Aussi est-il classique de lui décrire un certain nombre de degrés.

Lorsque, en découvrant la malade, on aperçoit l'utérus entre ses cuisses, le diagnostic est vite fait. Au contraire, lorsque la chute des organes génitaux est à peine ébauchée, il faut savoir, par la recherche soigneuse des petits signes du prolapsus au début, arriver à une conclusion précise. C'est donc sur ces formes atténuées, sur les petits signes que nous nous étendrons longuement.

Pour être profitable, l'examen de ces femmes doit être effectué en position debout, ce qui a pour effet d'augmenter la poussée abdominale.

A l'inspection, la vulve est plus ou moins béante, mais, à ce stade, aucun organe ne sort encore du vagin. Faisons tousser notre malade, ou mieux, faisons lui faire des efforts de défécation :

on voit alors une tumeur apparaître au niveau de la commissure antérieure de la vulve, immédiatement en arrière du méat urinaire ; c'est la muqueuse de la paroi antérieure du vagin qui bombe sous l'influence de l'effort. Elle revêt l'aspect d'une tumeur rosée, arrondie, molle, réductible, plus ou moins importante suivant l'effort ou l'état de réplétion de la vessie. Tout se passe comme dans une manche dont la doublure serait trop grande.

Ce n'est que d'une façon exceptionnelle, qu'à ce stade de début, la muqueuse de la face postérieure du vagin se prolabe elle aussi. La plupart du temps, cette lésion apparaît lorsque l'utérus est franchement abaissé. Il faut pourtant connaître cette éventualité rare pour la rechercher en l'absence d'autres signes de prolapsus. Le toucher rectal donnera, à cet égard, de précieux renseignements.

Le toucher vaginal complète les données de l'inspection ; première constatation, le col utérin est abaissé et situé à une petite distance de l'orifice vulvaire. Mais s'agit-il d'un prolapsus vrai, ou d'un allongement hypertrophique du col ? La plupart du temps, ces deux facteurs se combinent. D'ailleurs, le toucher-palper nous permet de préciser dans quelles proportions le corps utérin participe à la ptose du col. En tous cas, le corps peut être soit franchement abaissé, soit simplement en rétroversion, de sorte que son axe coïncide avec l'axe du vagin. Dans les deux cas, les efforts de toux entraînent un abaissement général de tout l'utérus. En somme, nous pouvons considérer la rétroversion comme une forme atténuée, une ébauche de prolapsus, à condition, toutefois, que cette rétroversion ne soit pas fixée par un processus inflammatoire, et que l'utérus ait tendance à se ptoser sous l'influence de la poussée abdominale. Que l'utérus soit rétroversé ou ptosé, il faut toujours rechercher à réduire manuellement ces déplacements ; ces manœuvres de réduction sont presque toujours possibles dans les formes légères.

Nous n'insisterons pas sur les cas avancés, où le col apparaît à la vulve, ou encore entraîne dans sa chute les parois du vagin. Nous ne ferons que rappeler l'existence de trois degrés dans le prolapsus.

Dans le premier, le col n'atteint pas l'orifice vulvaire. Dans le second, le col apparaît à la vulve qui s'entr'ouvre. Dans le troisième, enfin, le col, continuant son prolapsus, entraîne avec lui les parois du vagin qui se retournent en doigt de gant ; ce dernier degré peut se subdiviser en deux autres, suivant que les culs-de-sac du vagin persistent ou non.

II. — LA SPHERE URINAIRE

Bien que le prolapsus constitue la cause des troubles urinaires que présentent nos malades, l'appareil urinaire n'est pas indemne de lésions, dont la plupart ne sont pas inutiles à connaître. Tout examen de prolapsus doit s'accompagner d'un examen urinaire, à plus forte raison quand les troubles urinaires sont au premier plan, comme dans les cas qui nous occupent.

Nous envisagerons successivement :

- l'urétrocèle ;
- le prolapsus de la muqueuse urétrale ;
- la cystocèle ;
- la cystite.

a) L'urétrocèle

Cette lésion ne se rencontre que rarement dans le prolapsus. Mais il faut la connaître, d'abord pour ne pas la confondre avec la cystocèle, ensuite parce qu'elle peut coexister avec cette dernière.

A l'inspection, on aperçoit, au-dessous du méat urétral, une petite tuméfaction hémisphérique et que l'on peut prendre, au premier abord, pour un simple prolapsus de la muqueuse vaginale. Le doigt, introduit dans le vagin, explore les limites de cette tuméfaction qui n'occupe que la paroi antérieure du vagin. Elle fait corps avec l'urètre, que l'on sent parfois au doigt, surtout lorsque, comme c'est le cas, il est atteint de péri-urétrite ; cette tuméfaction est réductible, en la réduisant, fait sourdre, au méat urétral, quelques gouttes d'urine mêlées de pus.

Introduisons une sonde dans la vessie ; le doigt vaginal perçoit cette tuméfaction entre lui et la sonde ; cette manœuvre permet de différencier la cystocèle de l'urétrocèle : en effet, la sonde urétrale atteint et dépasse cette tuméfaction avant de pénétrer dans la vessie. Si, à l'aide d'une sonde canelée recourbée, on pénètre dans ce diverticule, le doigt vaginal vient au contact du bec de la sonde. Cette manœuvre différencie l'urétrocèle des kystes ou abcès sous-urétraux qui ne communiquent pas avec l'urètre.

Ces diverses manœuvres sont, la plupart du temps, assez douloureuses, car les phénomènes inflammatoires ne sont pas rares autour de l'urètre et de son diverticule ; aussi faut-il les pratiquer avec douceur.

b) Le prolapsus de la muqueuse urétrale

Comme le précédent, c'est un phénomène assez rare dans les prolapsus. A l'inspection, on voit une saillie rose ou rouge du volume d'un gros pois ou d'une cerise, siégeant au niveau même du méat ; cette saillie est rattachée à l'urètre par un pédicule assez rétréci ; son extrémité est percée d'un orifice dont le cathétérisme conduit dans l'urètre et dans la vessie : c'est ce qui le différencie des polypes de la muqueuse urétrale.

c) La cystocèle

Nous arrivons, avec la cystocèle, à la lésion urinaire la plus fréquente, et qui constitue souvent, à elle seule, toute la maladie. Comar la trouve 33 fois sur 37 observations ; pour notre part, elle existe à un degré accentué dans 5 de nos observations. De plus, au cours du prolapsus, c'est elle qui apparaît souvent la première.

L'examen de la région vulvaire montre, au-dessous du méat, un renflement plus ou moins important, plus ou moins tendu, suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie, et qui augmente de volume au cours des efforts et de la station debout. Le doigt, introduit dans le vagin, apprécie le volume de cette tuméfaction qui occupe souvent les deux tiers supérieurs de la paroi vaginale. Lorsque la vessie est pleine, la consistance de la cystocèle est élastique, mais la tumeur est réductible. Lorsque la vessie est vide, les parois de cette poche sont flasques, plissées, mais les efforts de toux la font bomber sous le doigt.

La cystocèle donne souvent, au doigt, la sensation d'une tumeur trilobée : la partie médiane, plus molle, bombe plus que les parties latérales qui sont plus tendues. Il semble que la vessie est passée à travers une brèche dont les bords retiennent encore les parties latérales de la cystocèle.

Souvent, au niveau de la cystocèle, la muqueuse vaginale est irritée ; l'urètre et le méat sont également le siège d'une irritation chronique, entretenue par la malade qui, pour uriner facilement et sans douleur, a pris l'habitude de réduire la cystocèle avec le doigt, au moment des mictions.

d) La cystite

Enfin, en dehors des lésions précédentes, il peut exister, à un stade avancé de l'évolution du prolapsus, des lésions infectieuses

de la vessie. Nous ne revenons pas sur les signes fonctionnels des cystites, qui sont les mêmes que ceux dus au prolapsus, indépendamment de l'infection.

Le méat urétral est rouge, œdématisé ; l'urètre, au toucher, est gros et douloureux par suite de l'urétrite et de la péri-urétrite qui sont constantes ; la vessie est douée d'une hyperesthésie intense, et le cathétérisme arrache des cris aux malades. D'ailleurs, nous insistons sur la difficulté qu'il y a à sonder ces vessies ptosées à travers des urètres plus ou moins coudés. On y arrive grâce à l'anesthésie préalable de l'urètre par la cocaïne, et en songeant à la direction nouvelle de l'urètre qui, la plupart du temps, se dirige en arrière et en bas.

Les urines ainsi prélevées sont purulentes. La capacité vésicale est fortement diminuée ; la cystoscopie, enfin, nous fournit les renseignements les plus intéressants : congestion de la muqueuse, se traduisant par l'augmentation du nombre et du volume des vaisseaux ; œdème principalement marqué au niveau du bas-fond vésical et des orifices urétéraux qui sont rapprochés l'un de l'autre et souvent difficiles à découvrir ; suffusions sanguines disséminées, petits abcès superficiels qui se présentent sous la forme de petites pustules d'un blanc jaunâtre entourées d'une aréole rouge ; enfin, ulcérations, végétations, débris fibrino-purulents et fausses membranes.

Parfois la cystoscopie révèle la présence de calculs qui avaient passés cliniquement inaperçus.

III. — LA SANGLE PELVIENNE

L'examen ne doit pas se contenter d'analyser les divers degrés du prolapsus, les différentes lésions vésicales et urétrales ; il doit aussi renseigner sur la valeur de l'appareil de soutienement. C'est, en effet, des caractères de la sangle pelvienne que doivent dépendre les indications opératoires, surtout en ce qui concerne le choix du procédé.

L'inspection nous permet d'apprécier l'étoffe périnéale : la vulve est béante et, quoique l'utérus ne dépasse pas encore l'orifice vulvaire, les grandes lèvres s'écartent l'une de l'autre. La commissure postérieure de la vulve atteint presque l'anus, si bien que la longueur du périnée est considérablement diminuée.

Pour examiner les releveurs, le doigt, introduit dans le vagin, explore les parois : le plus souvent les releveurs sont relâchés,

atones, écartés l'un de l'autre et les tissus présentent un tel degré de laxité que l'on arrive à toucher les parois pelviennes, comme cela se produit au cours de la grossesse. De plus, l'épaisseur du périnée est notablement diminuée.

Voici comment P. Delbet conseille d'examiner les releveurs : « Deux doigts sont introduits dans le vagin après réduction du prolapsus ; nous demandons à la malade de rapprocher les genoux pendant que nous nous opposons à ce mouvement ; les adducteurs se contractent et synergiquement les releveurs de l'anus ; on sent alors deux cordes se tendre et les deux doigts écartés sont repoussés l'un vers l'autre. Plus simplement, on peut demander à la malade de serrer les fesses avec énergie et la contraction des releveurs devient très apparente au doigt vaginal ».

Cette manœuvre révèle parfois des releveurs toniques et résistants, ce qui n'empêche pas le prolapsus du vagin et de l'utérus : c'est ce qui se voit dans le prolapsus des vierges ou des nullipares ; mais ce fait peut aussi s'observer chez des multipares.

CHAPITRE III

L'ESSAI D'INTERPRETATION ANATOMO ET PHYSIOPATHOLOGIQUE

La question qui se pose à nous désormais, est de savoir quelle interprétation donner à ces diverses manifestations cliniques. Une première idée vient à l'esprit : la ptose des organes génitaux entraîne toute une série de modifications morphologiques et structurales de la vessie et de l'urètre ; à telle lésion vésico-urétrale pourrait correspondre tel symptôme. Cette interprétation anatomopathologique semble logique au premier abord.

Mais les lésions organiques n'expliquent pas tout. Le déplacement aussi important d'organes situés dans une région si riche en filets et plexus sympathiques doit nécessairement occasionner un traumatisme nerveux qu'il serait peut-être bon de ne pas négliger. Aussi, faut-il envisager une interprétation physiopathologique à ces troubles.

I. — L'INTERPRETATION ANATOMOPATHOLOGIQUE

a) Les données de l'anatomie normale

Il nous semble indispensable de préciser, au préalable, les caractéristiques anatomiques des organes qui nous occupent.

a) *La vessie*, située dans le pelvis, en arrière de la symphyse, en avant de l'utérus et du vagin, est un réservoir musculo-membraneux, dont les dimensions, la forme et la capacité dépendent des conditions physiologiques. Les chiffres sont trompeurs : on peut admettre, cependant, que la capacité vésicale varie entre 300 et 350 centimètres cubes ; ses dimensions, à l'état de vacuité, atteignent 10 centimètres pour le diamètre vertical, 8 centimètres pour le diamètre transversal, 7 centimètres pour le diamètre antéro-

postérieur. Placée au-dessous du péritoine auquel elle adhère par toute sa face supérieure, la vessie repose sur le diaphragme pelvien par l'intermédiaire de l'urètre pelvien et membraneux. C'est là son moyen de fixité le plus sûr. Le col vésical est fixé à la face postérieure de la symphyse par les ligaments pubo-vésicaux, qui ne sont que la partie antérieure des lames sacro-recto-génito-pubiennes. Des expansions fibreuses, émanant des dites lames, fixent son bord postérieur. Enfin, artères ombilicales, ouraque, gaines vasculaires, peuvent jouer accessoirement le rôle de moyen de fixité. En résumé, la vessie de la femme est maintenue en place par la sangle des releveurs au niveau du col, et en arrière par le vagin, dont la fixité est elle-même assurée par le diaphragme pelvien ;

b) *L'urètre* de la femme, très court, puisque sa longueur moyenne est de 37 millimètres, décrit, de son origine, un trajet presque vertical, à concavité antérieure et supérieure. Son calibre est de 7 à 8 millimètres, mais il peut atteindre 22, 25 et même 30 millimètres (Reliquet). Sa fixité est assurée par ses connexions avec le vagin et le périnée ;

c) *Vessie et urètre* entrent en rapports intimes avec utérus et vagin ; la vessie est séparée de la face antérieure du col utérin par une lame celluleuse assez lâche et facilement dissociable. Au-dessous, elle répond à la face antérieure du vagin par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche à la partie supérieure, très serré et très résistant au voisinage du col vésical dans la région qui correspond au triangle de Pawlik. Enfin, urètre et vagin sont solidarisés par un tissu fibreux dense. Nous tirerons plus loin les conséquences de cette disposition.

Mais le fait anatomique essentiel est le suivant : l'utérus et la vessie sont solidaires l'un de l'autre. Si l'utérus s'abaisse, la vessie s'abaisse avec lui ; que l'on fixe l'utérus en position élevée, la vessie le suit dans son ascension. A cette solidarité topographique, on peut trouver bien des raisons : ces deux organes sont en partie fixés par deux lames latérales qui vont du sacrum au pubis ; les artères et les nerfs qui se rendent à eux forment comme des cordages auxquels ils sont suspendus. Cette disposition, de notion courante et banale, est pourtant d'un grand intérêt pratique.

b) **Les modifications anatomiques et leur mécanisme**

D'une façon presque constante, la vessie et l'urètre sont profondément modifiés au cours des prolapsus génitaux, dans leur

forme, leur situation, leur dimension et même leur structure. L'examen clinique, déjà, nous l'a laissé entrevoir.

Un fait domine le mécanisme de ces modifications urinaires : le prolapsus est d'abord constitué par une simple procidence de la paroi vaginale antérieure qui entraîne avec elle l'utérus dont le col s'hypertrophie, et divers organes pelviens. La paroi postérieure du vagin ne se prolabe que plus tard.

a) *La vessie*, organe mobile, plastique, accompagne la paroi vaginale dans sa chute. Il se forme, aux dépens de sa face postérieure, un diverticule plus ou moins volumineux, que nous avons déjà cliniquement étudié, la cystocèle. Si l'on considère la vessie par sa face endovésicale, ce diverticule nous apparaît analogue au bas-fond de la vessie des vieillards. Lorsque le col utérin s'hypertrophie, éventualité fréquente, il vient parfois écraser ce diverticule jusqu'à rendre sa cavité virtuelle et invisible à l'examen endoscopique. Ce bas-fond se vide mal lors de la miction et l'urine retenue a tendance à s'infecter et à transmettre l'infection aux parois vésicales.

Comment interpréter la cystocèle ? Deux opinions sont en présence : la théorie classique fait dériver la cystocèle du prolapsus de la paroi vaginale qui, mal soutenue, s'extériorise à la vulve. L'autre théorie, défendue depuis déjà longtemps par Vialet et Bonnet, assimile la cystocèle à une véritable hernie qui se produirait à travers une déhiscence de l'hiatus pré-utérin. De cette hypothèse, les auteurs tirent la conclusion opératoire suivante que la colpographie antérieure ne suffit pas à guérir la cystocèle : il faut disséquer la vessie, la réduire, fermer l'orifice qui lui a donné passage, en un mot, pratiquer sa cure radicale.

Dans un grand nombre de cas, la vessie tout entière est ptosée, et au lieu de surplomber la symphyse pubienne, vient se coincer entre elle et l'utérus ; elle ne peut plus, dès lors, avoir son expansion normale vers l'abdomen et c'est, en parti, ce qui explique la pollakiurie.

Dans des circonstances exceptionnelles, la vessie reste en place, et l'utérus, glissant en arrière d'elle, vient se placer au-dessous. Il faut connaître cette possibilité pour éviter, dans les interventions, de blesser la vessie dont les rapports avec l'utérus sont, de ce fait, profondément modifiés.

La capacité de la vessie, envisagée du point de vue anatomique, est très variable. Pour les uns, elle est augmentée (Perré et Barnes).

Pour d'autres (Courty et de Sinéty), elle ne subit pas de modifications appréciables. Enfin, pour certains (Duplay et Chaput), la vessie serait, au contraire, constamment atrophiée. Mais ces divergences de vue offrent, en réalité, bien peu d'intérêt pratique.

Enfin, la vessie peut présenter toute une série de lésions de nature inflammatoire et que nous avons étudiées avec la cystoscopie. Les ulcérations et même les perforations dans les organes voisins peuvent se voir ; mais il s'agit, la plupart du temps, de propagation d'ulcérations vaginales qui se produisent très souvent sur ces muqueuses exposées à l'air, soumises aux frottements et à l'action caustique de l'urine.

b) *L'urètre*, dont l'adhérence au vagin est intime, a tendance à suivre celui-ci dans ses déplacements. Mais l'urètre est amarré à la face postérieure de la symphyse par des trousseaux fibreux assez résistants ; il est donc pris entre deux forces opposées ; il va se couder plusieurs fois sur lui-même dans un premier stade : c'est ce qui lui donne cette forme en « S italique » sur laquelle notre maître le Professeur Agrégé Figarella a attiré l'attention.

Mais les tractions que lui imprime la paroi vaginale deviennent plus fortes que la résistance des ligaments antérieurs ; ceux-ci se laissent distendre et l'urètre, libéré d'attaches antérieures, peut, dès lors, accompagner dans leur chute vagin et vessie. Sa direction se modifie : il se dirige en bas et en arrière, en décrivant une courbe particulièrement accentuée au point où il traverse le ligament sous-pubien et le muscle de Wilson. Ces déformations expliquent l'extrême difficulté de son cathétérisme.

Au cours de ces tiraillements, l'urètre est soumis à des traumatismes répétés. Sa musculature en souffre particulièrement et surtout son sphincter. Ce dernier présente de petites déchirures qui laissent après elles des cicatrices fibreuses. La muqueuse est très souvent atteinte de lésions inflammatoires banales ; la péri-urétrite est fréquente.

c) **Interprétation des faits**

La cystocèle que nous avons vue si fréquente, peut, à elle seule, être rendue responsable d'un grand nombre de maux. La rétention qui se fait à son niveau nous explique des symptômes tels que la pollakiurie, la dysurie. En effet, la réduction de la cystocèle avec le doigt atténue ces symptômes et facilite la miction. De la même façon, l'infection de l'urine est favorisée et l'on conçoit que la cystite ne soit pas rare. Mais la pollakiurie peut exister sans cystocèle :

la simple procidence de la paroi vaginale antérieure, forme initiale du prolapsus, peut l'engendrer, grâce aux tiraillements exercés par elle sur la région du col vésical. On a également incriminé la congestion passive de la vessie déplacée, et cette hypothèse cadre bien avec les faits de pollakiurie nocturne que l'on observe parfois.

L'incontinence est déjà plus difficile à expliquer ; en tous cas, les interprétations sont nombreuses. Deux surtout sont à retenir, d'après les travaux parus sur la question et en particulier depuis le rapport de Muret et Rapin au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, en 1937. La première hypothèse est soutenue par Stoekel, qui attribue l'incontinence aux déchirures du sphincter urétro-vésical et aux cicatrices fibreuses qui le parsèment. Pour Muret et Rapin, la paroi vaginale procidente exerce des tractions sur la région postérieure du sphincter qui se laisse ainsi entr'ouvrir. Ils donnent comme arguments l'adhérence intime de la paroi vaginale à la face postérieure de l'urètre dans la région du sphincter et le fait que l'incontinence cesse lorsque l'on empêche, avec le doigt, la paroi vaginale de se prolaber.

Le déplacement brusque de l'utérus tel qu'on l'observe dans les prolapsus aigus par effort, peut amener des coudures de l'urètre et provoquer la rétention d'urine.

Mais, dans certains cas, les lésions ne correspondent pas aux symptômes. Bien souvent une cystocèle volumineuse ne s'accompagne d'aucun trouble ; des douleurs intolérables, par contre, se voient dans des prolapsus à peine apparents. Force est donc de faire intervenir là un mécanisme fonctionnel nerveux.

II. — L'INTERPRETATION PHYSIOPATHOLOGIQUE

a) Les données de la physiologie normale

De nombreux travaux récents ont précisé les questions concernant la physiologie de la vessie et de l'urètre, et en particulier leur innervation. Ginestié, dans sa thèse, en fait une étude approfondie. Nous résumerons ses conclusions.

a) *L'innervation de la vessie* dépend, par l'intermédiaire des ganglions hypogastriques, de deux grands courants nerveux :

— l'un supérieur, orthosympathique, vient, par les nerfs hypogastriques du plexus iliaque ou nerf présacré de Latarget, et de la chaîne latéro-vertébrale ;

— l'autre, parasymphatique, arrive par les nerfs érecteurs.

Retenons donc surtout l'innervation exclusivement organo-végétative de la vessie ;

b) *La sensibilité vésicale.* — Il en existerait deux sortes :

— la sensibilité fonctionnelle, inconsciente, qui suivrait la voie des nerfs érecteurs et, par conséquent, appartiendrait au système parasympathique ;

— la sensibilité générale, consciente, douloureuse ou non, qui passerait par le nerf présacré (orthosympathique).

Cette théorie est niée par beaucoup d'auteurs ; il est plus rationnel de distinguer :

— une sensibilité normale qui servirait à la détection de la distension. Le besoin d'uriner normal serait la traduction consciente d'une surpression vésicale ;

— une sensibilité pathologique et douloureuse ; la douleur tirerait son origine : soit au niveau même du muscle vésical contracté, soit de l'appareil sphinctérien uréthro-vésical, soit de l'uretère inférieur. Les « stimuli » de cette réaction douloureuse seraient : soit une tension musculaire active (spasme) ou passive (distension), soit des phénomènes inflammatoires (lymphangite, irritation des séreuses).

Il existe deux voies de la sensibilité :

— une voie principale, passant par les nerfs érecteurs et transmettant les incitations sensibles réflexes, l'influx conscient ou inconscient, douloureux ou non ;

— une voie accessoire, passant par les nerfs présacrés et transmettant les incitations centripètes du péritoine et peut-être du col vésical.

c) *La motricité vésicale.* — D'après les données classiques, l'innervation du muscle vésical provient du parasympathique par l'intermédiaire des nerfs érecteurs. L'innervation du système sphinctérien lisse et strié est orthosympathique, et arrive au sphincter par les nerfs honteux internes.

b) **Interprétation des faits**

La complexité même du système nerveux pelvien, l'intrication des fibres nerveuses à certains niveaux, et en particulier dans les paramètres, et l'espace pelvi-rectal, nous expliquent à quels trau-

matismes sont soumises ces fibres dans les déplacements de l'utérus. Les ganglions hypogastriques, notamment, situés dans l'épaisseur des ligaments utéro-sacrés, vont être l'objet de tiraillements incessants, dès le début du prolapsus.

Les traumatismes agissent de plusieurs manières :

- par tiraillements ;
- par élongation ;
- par écrasement.

Imaginons le cas le plus fréquent ; l'utérus s'abaisse progressivement et, sous l'influence de la station debout, des efforts, les fibres nerveuses sont continuellement excitées, comme dans les expériences de physiologie. Les organes vont répondre par des réactions d'irritation ; la pollakiurie, l'incontinence d'urine même ne traduisent-elles pas cette irritabilité vésicale ?

Par contre, lors d'un déplacement brusque d'un prolapsus aigu, par exemple, l'élongation nerveuse qui en résulte entraîne des phénomènes paralytiques tels que la rétention d'urine.

La douleur simple, la cystalgie, peut aussi fort bien s'expliquer par ce mécanisme nerveux, l'hyperexcitabilité vésicale se traduisant, au point de vue moteur, par de la contracture génératrice de douleurs. Mais la douleur peut aussi emprunter des voies sensibles, et nous avons vu que certaines fibres, passant par les nerfs présacrés, conduisent dans le sens centripète les incitations sensibles du péritoine pelvien et du col vésical. L'excitation traumatique de ces nerfs, par le mécanisme étudié, donnera donc naissance à des douleurs de type extrêmement variés.

Ainsi, ces facteurs sympathiques ne sont pas à négliger dans le déterminisme des manifestations cliniques que nous avons décrites. Ils sont à incriminer surtout dans les cas où n'existe aucune déformation urinaire capable d'expliquer ces phénomènes. Mais, même en cas de grosses lésions urinaires, nous pensons qu'il ne faut pas écarter systématiquement l'idée d'un mécanisme associé, organique et fonctionnel.

Cette interprétation physiologique et nerveuse devrait inspirer des thérapeutiques analogues aux méthodes de Cotte ou de Rochet. Mais il ne faut pas oublier que la cause initiale de ces dérèglements nerveux n'est pas une petite épine irritative difficile à

mettre en évidence. Ce n'est pas, non plus, une lésion incurable, comme certains néoplasmes de la vessie ou de l'utérus propagés au tissu cellulaire et aux ganglions voisins, contre laquelle seul un traitement symptomatique est de mise. C'est, au contraire, une lésion que l'on sait traiter efficacement. Il est donc légitime ici de négliger les thérapeutiques physiologiques et de se contenter des thérapeutiques organiques.

CHAPITRE IV

LES CONSEQUENCES THERAPEUTIQUES

Nous allons envisager successivement :

- les bases du traitement ;
- les méthodes ;
- les indications ;
- les résultats.

I. — LES BASES DU TRAITEMENT

a) Bases étiologiques

Quelle que soit la façon dont agissent les prolapsus génitaux dans la production des troubles urinaires, que ce soit par action mécanique ou par action sympathique, la cause de ces troubles est le déplacement des organes génitaux. C'est donc sur ces derniers qu'il faut agir : le traitement doit se résumer en la cure du prolapsus. Il faut remettre l'utérus en bonne position par un procédé ou par un autre ; ce traitement, étiologique, doit suffire dans tous les cas.

Trop souvent les urologues traitent les petites lésions urinaires ; les chirurgiens, trop souvent, ne pensent qu'à reconstituer la sangle pelvienne.

b) Bases anatomiques

D'une façon schématique, on peut dire que les diverses lésions que nous avons trouvées sont assimilables à des hernies à travers des hiatus musculo-aponévrotiques. Leur cure radicale doit consister, autant que possible, à fermer ces orifices ; mais nous verrons que cela n'est possible que d'une façon approchée ; c'est pourquoi cette thérapeutique des prolapsus a connu bien des vicissitudes.

Mais n'oublions pas que la vessie est intimement unie à l'utérus et le suit dans ses déplacements. Fixons l'utérus en position élevée ; la vessie, ptosée, va remonter avec lui, et les troubles urinaires disparaîtront de ce fait.

c) Bases cliniques

L'évolution du prolapsus, ainsi que celle des troubles urinaires qui l'accompagnent, est progressive et tend sans cesse à l'aggravation ; aussi, dès le diagnostic posé, faut-il intervenir dans des délais très courts.

Il ne faut pas perdre de vue que si certaines femmes atteintes de ces affections sont âgées, la plupart ont à peine atteint la ménopause et n'ont pas renoncé à la vie génitale. Il faudra, chez elles, écarter les interventions par trop mutilantes et leur conserver un vagin praticable.

II. — LES METHODES

Nous ne ferons que mentionner le traitement médical, non qu'il ne puisse rendre des services dans certains cas, mais parce que ce ne peut être qu'un traitement palliatif auquel il faut, tôt ou tard, substituer le traitement chirurgical. L'emploi de pessaires est encore relativement fréquent, malgré leurs inconvénients et leur inefficacité habituelle. On emploie de préférence, en cas de prolapsus, le pessaire de Hodge, le pessaire de Dumontpallier étant réservé aux rétroversions. Cependant, le traitement médical est toujours indiqué à titre de soins pré-opératoires, et nous avons vu, dans deux de nos cas (Obs. III et IX), ce traitement amener une amélioration des symptômes, au point que les malades se trouvant guéries, quittèrent l'hôpital sans se faire opérer.

Il nous semble superflu de revenir sur les discussions concernant le traitement du prolapsus, bien que la question soit encore loin d'être résolue. Nous allons étudier rapidement les procédés qui s'adressent au prolapsus lui-même, puis nous nous étendrons plus longuement sur les techniques qui visent à corriger ou à supprimer les déformations uréthro-vésicales.

a) Opérations dirigées contre le prolapsus

Deux types de méthodes sont en présence : les méthodes par voie basse et les méthodes par voie haute.

1) LES MÉTHODES PAR VOIE BASSE.

Elles partent de ce principe que la statique utérine normale exige une sangle périnéale solide.

L'opération fondamentale est la colpo-périnéorrhaphie qui consiste en une suture des releveurs sur la ligne médiane, accompagnée d'un rétrécissement du vagin. Préconisée déjà par Bouilly et Richelot, cette opération dont la technique moderne a été vulgarisée en France par Duval et Proust, rencontre beaucoup d'adeptes.

Parfois, elle est remplacée avec fruit par des interventions moins physiologiques ; la colpectomie ou opération de Muller, qui en enlevant la totalité du vagin, refoule l'utérus dans la profondeur et en pratique l'exclusion ; le cloisonnement élargi du vagin ou opération de Lefort améliorée, qui ne laisse subsister, à la place du vagin, que deux petits canaux latéraux. Ces interventions réclament des indications opératoires spéciales et leur usage est moins étendu.

Une place à part doit être faite à l'opération de Wertheim-Shauta qui, tout en représentant une méthode dirigée contre le prolapsus, réalise un soutien efficace pour les grandes ptoses vésicales. Cette opération, imaginée en 1898 par Watkin (de Chicago), fut retrouvée l'année suivante par Wertheim (de Vienne), et modifiée par Shauta. Voici sa technique :

- incision de la paroi vaginale antérieure, depuis le méat jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin, avec une petite incision transversale à ce niveau ;

- séparation de la vessie et de la face antérieure du col utérin ;

- ouverture du cul-de-sac péritonéal, saisie du fond utérin, que l'on bascule en antéversion forcée par cette ouverture péritonéale ;

- section des trompes ; ablation des annexes malades ;

- fermeture du péritoine par suture de la lèvre antérieure de l'ouverture à la face postérieure de l'utérus basculé ;

- fixation de l'utérus dans sa loge sous-vésicale par suture de son fond au ligament sous-pubien et à la partie pubienne des releveurs ; suture des deux lambeaux vaginaux au devant de l'utérus, ce qui termine son inclusion complète.

De cette façon, l'utérus joue le rôle d'une pelote qui vient obturer l'hiatus livrant passage à la cystocèle. Mais c'est une opération

délicate, dont les suites sont souvent compliquées d'hématome, de suppurations, de gangrène, d'hémorragies. La grossesse est impossible, et l'on est obligé de stériliser ces femmes par section des trompes.

Enfin, il nous reste les interventions mutilantes sur l'utérus, les diverses amputations du col qui ne sont qu'un temps complémentaire d'autres interventions.

2) LES MÉTHODES PAR VOIE HAUTE.

On a fait à la périnéorrhaphie un grand nombre de critiques : on a prétendu que les releveurs étaient le plus souvent atrophiés et qu'on arrivait difficilement, dans ces conditions, à les découvrir et à les suturer. On a dit que cette intervention, qui se fait à l'aide de gros décollements, était souvent suivie de suppurations, ce qui ferait lâcher les sutures. On lui a reproché, enfin, de favoriser l'éclosion de phlébites. Mais c'est affaire de précautions opératoires. Le plus grave reproche que l'on puisse lui adresser est que l'on abandonne dans la profondeur un utérus en rétroversion, c'est-à-dire prêt à se prolaber de nouveau. C'est pourquoi un grand nombre d'auteurs sont partisans des pexies utérines. Il en est de plusieurs sortes :

a) *Les ligamentopexies* se proposent le raccourcissement des ligaments ronds. Le procédé d'Alquié-Alexander attaque les ligaments ronds dans leur trajet inguinal, c'est-à-dire extra-péritonéal. Les autres procédés (Baldy, Dartigues, Doléris) sont intra-péritonéaux. Notre maître le Professeur Agrégé Figarella a décrit, dans la *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, un procédé de ligamentopexie dit « des bras croisés », qu'il emploie dans tous les cas, et qui lui a toujours donné d'excellents résultats. Il en a inspiré une thèse à Bausset (Marseille 1939). Mais ces ligaments se laissent facilement distendre, surtout en cas de prolapsus important. C'est pourquoi notre maître Figarella insiste sur la nécessité de réserver ces procédés aux cas de simple rétroversion.

b) *Les hystéropexies* cherchent à réaliser l'accolement de l'utérus à la paroi abdominale. L'hystéropexie isthmique de P. Delbet est la plus recommandable pour les femmes jeunes : elle est, en effet, compatible avec la grossesse. Chez les femmes plus âgées qui ont perdu tout espoir de gravidité, il est préférable de recourir à l'hystéropexie corporelle, qui permet une plus large surface d'accolement. Dans les deux cas, l'utérus, fixé en position élevée,

ramène également la vessie en bonne position. De plus, solidaire de la paroi abdominale, l'utérus a tendance, sous l'influence des efforts, à s'appliquer contre la paroi et à remonter avec elle.

3) LES MÉTHODES MIXTES.

Devant les inconvénients de ces deux séries de méthodes, de nombreux auteurs ont préconisé la méthode mixte qui se propose à la fois de refaire la sangle pelvienne et de fixer l'utérus par voie haute. C'est ce que l'on peut appeler avec Walther « la méthode française » ; elle consiste en une colpo-périnéorraphie accompagnée d'une colporraphie antérieure et d'une hystéropexie. Réalisant toutes les indications désirées, cette opération est cependant grave et choquante ; aussi n'est-elle pas très employée.

b) Opérations dirigées contre les lésions vésico-urétrales

Comment lutter contre la ptose vésicale et urétrale ? Un nombre incalculable de méthodes ont été décrites, mais de ces méthodes, bien peu sont d'application courante. Nous allons les énumérer en insistant sur celles qui présentent quelque intérêt pratique.

Il nous a paru intéressant de les classer suivant leur mode d'action : les unes réalisent une suspension de la région urétro-trigonale en utilisant des plasties tissulaires ; d'autres utilisent du matériel de suture pour le même usage ; d'autres enfin, cherchent à refouler la vessie.

1) SUSPENSION PAR PLASTIES TISSULAIRES.

Trois procédés s'inspirent de ce principe :

a) *L'opération de Franz* (de Graz). — La région du sphincter est suspendue au moyen de deux lambeaux prélevés de chaque côté sur la portion antérieure du releveur de l'anus. Cette sangle, soutenant et relevant le col de la vessie, rétablit la fermeture normale du sphincter.

b) *L'opération de Martius*. — Faute de releveurs, Martius détache de leur loge les muscles bulbo- et ischio-caverneux, en conservant leur insertion, et les suture sur la ligne médiane sous le sphincter.

c) *Opération de Goebel-Frangenheim-Stoekel*. — La sangle qui suspend l'urètre est formée par les muscles pyramidaux accom-

pagnés de deux bandes d'aponévrose de la gaine antérieure des droits de l'abdomen. Cette méthode, très souvent réalisée en Allemagne, donne d'excellents résultats, car elle permet d'obtenir une suspension efficace de l'urètre, de la vessie et des tissus paravaginaux. Cependant, sa conduite est délicate et les suites opératoires sont parfois compliquées.

2) SUSPENSION PAR MATÉRIEL DE SUTURE.

Nous sommes en présence de six procédés :

a) *Procédé de Muret.* — Deux fils de catgut, chargeant les tissus qui se trouvent sous la branche descendante du pubis de chaque côté, sont noués sur la ligne médiane au-dessous de l'urètre, et le suspendent d'une façon satisfaisante.

b) *Opération de Rapin junior.* — Un fil de soie, passant dans l'épaisseur de la cloison vaginale antérieure, le long de l'urètre de chaque côté, est amené derrière la symphyse et noué, par dessus l'aponévrose des droits, au fil du côté opposé. C'est un procédé simple, facile, mais les fils de soie peuvent donner lieu à des accidents d'irritation ; c'est pourquoi Stoekel lui préfère sa plastie pyramidale.

c) *Opération de Rapin senior.* — Elle cherche à créer un tissu cicatriciel suspendant l'urètre derrière la symphyse, au moyen d'un fil de soie appliqué sur la muqueuse vaginale et remontant se nouer, au-dessus de l'aponévrose, à celui du côté opposé.

d) *Opération de Walcher.* — Suspension des parois du vagin à l'aide de tampons attachés à des fils passant derrière la symphyse et noués à d'autres tampons sur la surface cutanée de l'abdomen.

e) *Opération de Roux.* — Suspension, derrière la symphyse, des tissus para-urétraux à l'aponévrose abdominale à l'aide d'un fil de catgut.

f) *Opération de Figurnow.* — Fixation de la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure de la symphyse, à l'aide d'un fil de soie passé dans le périoste même de la symphyse.

3) OPÉRATIONS PAR REFOULEMENT.

Elles créent, au-dessous de la vessie, un capitonnage qui, en refoulant la vessie, la remet en bonne position.

a) *La colporrhaphie antérieure.* — Elle est destinée à rétrécir

le vagin ; elle consiste à réséquer un lambeau de muqueuse et à suturer les bords de l'avivement après les avoir mobilisés, de manière à pouvoir affronter des surfaces. La forme du lambeau est variable avec les opérateurs : on lui donne le plus souvent une forme losangique à grand axe longitudinal. Mais le vagin n'est rétréci que dans le sens transversal, et la récidive peut se faire dans le sens longitudinal. Muret propose de suturer l'avivement longitudinalement dans sa partie postérieure, transversalement dans sa moitié antérieure ; ce mode de suture en T a l'avantage de rétrécir le vagin à la fois dans le sens transversal et longitudinal.

La colporrhaphie antérieure suffit souvent à guérir les troubles urinaires, mais la sangle formée uniquement par la muqueuse vaginale se laisse souvent forcer à nouveau ; aussi un grand nombre de procédés cherchent à la rendre plus solide.

b) *Opération de Delanglade.* — Créer, au-dessous de la vessie, un plan musculo-aponévrotique, telle a été l'idée de Delanglade lorsqu'en 1902 il décrivit, à la Société Nationale de Chirurgie, la suture de la partie antérieure des releveurs.

Il fait, à un travers de doigt du méat urétral, une incision transversale de la paroi vaginale antérieure sur toute sa largeur ; puis il décolle la vessie du vagin et place entre eux deux longues valves d'hystérectomie vaginale. Dans l'angle dièdre de séparation des viscères, il reconnaît le bord des releveurs qu'il charge sur une aiguille à pédale et rapproche par des fils de soie et de catgut. Il suture ensuite la paroi vaginale transversalement.

La difficulté réside dans la recherche des releveurs qui sont grêles et écartés l'un de l'autre. Mais cette opération ne met pas à l'abri des récides dont Delanglade lui-même a observé un cas sur les trois qu'il présente. C'est pourquoi cette intervention est si peu employée à l'heure actuelle, malgré son apparence séduisante.

c) *La suture en bourse du fond de la vessie.* — Au cours de la colporrhaphie, la vessie, détachée du col utérin, est refoulée en haut par une sorte de plicature, selon un procédé décrit par Saenger et Gersuny.

d) *Opération de Menge.* — La vessie, dégagée de ses adhérences, est repoussée en haut, et à ce niveau, les tissus voisins sont suturés transversalement d'un côté à l'autre, pour maintenir la vessie dans sa nouvelle position.

e) *Opération de Marion.* — Une sonde de Petzer est introduite dans l'urètre ; son capuchon s'arrête au niveau du sphincter pour

le localiser. Incision de la paroi vaginale antérieure et exposition de la région uréthro-cervicale. Immédiatement en avant du pavillon de la sonde, un fil en U prend les tissus de chaque côté du col vésical ; d'autres fils sont placés en avant du premier de manière à resserrer l'urètre.

f) *Procédé de Mayer.* — Injection dans le tissu péri-urétral et spécialement dans la région du sphincter, de graisse humaine liquide et aseptique. La graisse non résorbée formerait un support au sphincter.

g) Enfin, on peut aussi faire entrer dans cette catégorie l'*opération de Wertheim-Shauta*, dans laquelle l'utérus joue le rôle d'une pelote qui refoule dans la profondeur la vessie et l'urètre.

III. — LES INDICATIONS

Malgré leur ingéniosité, il paraît inutile de recourir à la série de procédés qui s'adressent directement au prolapsus vésical ou urétral. Ces interventions sont délicates et ne mettent pas à l'abri des récidives ; elles n'enrayent pas l'évolution de la maladie causale ; d'ailleurs, leur nombre même est une critique. Pour toutes ces raisons, notre maître le Professeur Agrégé Figarella les déconseille ; il n'a pratiqué pour l'instant que les interventions dirigées contre le prolapsus génital et ses malades s'en sont bien trouvées.

Mais il reste à faire un choix parmi les procédés dont nous disposons, et à appliquer à chaque cas particulier le procédé qui lui convient.

Chez les vierges, la maladie est rare, et notre maître Figarella ne l'a jamais rencontrée. Il faut s'abstenir chez elles d'interventions périnéales ; aussi les ligamentopexies seront les méthodes de choix. L'intervention par voie haute permet aussi de découvrir les malformations congénitales si fréquentes dans ces cas, et de les traiter.

Chez les femmes jeunes, multipares, à périnée abîmée par les accouchements, on fera plus volontiers une hystéropexie isthmique, accompagnée, si nécessaire, de la réfection d'un vagin et d'un périnée convenable.

Les femmes aux environs de la ménopause sont justiciables, elles aussi, d'une hystéropexie qui peut être corporelle, sans qu'il soit besoin, la plupart du temps, d'avoir recours à la réfection du périnée.

Enfin, les femmes âgées, possédant un prolapsus important et ayant renoncé à la vie génitale, seront avantageusement traitées par le procédé de Lefort.

Bien entendu, indépendamment de l'âge de la malade, il faut faire entrer en ligne de compte le degré et la forme du prolapsus, ainsi que la qualité de la sangle pelvienne. La simple rétroversion sera traitée par la ligamentopexie, alors que, dans le prolapsus du troisième degré, avec atrophie du périnée, il faudra s'efforcer de reconstituer un plancher périnéal. C'est pourquoi il importe, avant d'entreprendre une intervention, de bien établir les lésions de façon à leur appliquer le traitement le plus efficace.

IV. — LES RESULTATS

Nous pouvons dire que, dans l'ensemble, nos résultats sont très satisfaisants. Nous n'avons eu, en effet, à déplorer aucun décès. Il est vrai que le nombre de nos cas est limité, aussi les résultats que nous apportons n'ont pas la prétention d'être une statistique. D'ailleurs, la plupart des auteurs fixent à 1 % la mortalité opératoire. La méthode employée joue un rôle important dans cette mortalité. Les interventions abdominales sont toujours plus choquantes, surtout chez ces femmes qui approchent de la ménopause. Pour diminuer le risque opératoire, il faut étudier soigneusement le fonctionnement des divers parenchymes et en particulier celui du rein qui est si fréquemment perturbé. Nous nous sommes astreints à ne pas opérer les malades dont le taux de l'urée sanguine dépasse 0,50 cg par litre, avant de les avoir mises pendant plusieurs semaines à un régime hypo-azoté strict. C'est sans doute ce qui explique les bons résultats que nous avons obtenus de ce point de vue.

De même, du point de vue fonctionnel, la série de nos cas est extrêmement favorable. L'amélioration des troubles a été assez rapide pour que, avant même de quitter l'hôpital, ces malades se trouvent guéries. L'amélioration persistait, chez certaines, un an après. Il est certain qu'il nous faudra suivre ces malades encore de nombreuses années avant de conclure à la guérison définitive.

Mais examinons de plus près ces résultats et étudions en particulier l'effet de telle ou telle intervention. La colpo-périnéorraphie avec myorrhaphie des releveurs nous a donné, dans l'observation IV, un bon résultat contre la pollakiurie. Mais il s'agissait

d'une femme âgée, chez laquelle le périnée était de très mauvaise qualité. Il nous a semblé, cependant, que la myorrhaphie des releveurs avait plutôt tendance à aggraver la pollakiurie et, dans notre observation I, une myorrhaphie, pratiquée quelques années avant, n'avait apporté aucune amélioration aux troubles urinaires. Au contraire, les fixations utérines, soit par ligamentopexie, soit par hystéropexie, donnent toujours de bons résultats. Contre la pollakiurie, nous avons employé une fois la ligamentopexie associée à une colporraphie antérieure (Obs. I), car il s'agissait d'un prolapsus léger avec grosse cystocèle. Une autre fois, nous dûmes recourir à l'opération de Lefort, chez une femme âgée et dont l'utérus pendait en battant de cloche (Obs. II). Dans l'observation III, le traitement médical nous suffit.

Contre l'incontinence, nous n'avons utilisé que les fixations : une fois la ligamentopexie (Obs. V) et deux fois l'hystéropexie (Obs. VI et VII). Chaque fois le résultat fut satisfaisant. Notons que, dans ce dernier cas, la malade avait déjà subi une myorrhaphie des releveurs à la suite d'une déchirure obstétricale du périnée, et que cela n'avait pas empêché les troubles urinaires de faire leur apparition, malgré le peu d'importance du prolapsus. Enfin, c'est une ligamentopexie qui guérit la dysurie de notre malade de l'observation VIII.

De cette étude des résultats, il faut donc retenir les bons effets des pexies utérines, quel que soit le symptôme en cause, à condition que l'indication opératoire soit convenablement posée, comme nous l'avons montré au paragraphe précédent. Sans vouloir diminuer le mérite de la colpo-périnéorrhaphie, nous voulons mettre en garde contre l'usage trop exclusif de cette méthode qui comporte, en ce qui concerne plus particulièrement les troubles urinaires, quelques inconvénients.

CONCLUSIONS GENERALES

I. — Les manifestations vésicales et urétrales sont fréquentes, voire même constantes, dans les prolapsus génitaux.

II. — Leur apparition peut être précoce dans l'évolution du prolapsus ; elles constituent alors un signe de début. Il importe donc de songer au prolapsus chaque fois qu'une femme vient consulter pour des troubles de la miction, et de ne pas se contenter du diagnostic trop facile de cystite.

III. — Leur intensité est indépendante du degré du prolapsus, et l'on voit souvent une urétrocèle ou une cystocèle de minime importance s'accompagner de troubles urinaires tels qu'ils constituent, pour la malade, une infirmité bien pénible.

IV. — Il existe une hiérarchie parmi ces troubles ; les uns sont fréquents : la pollakiurie, l'incontinence. Les autres, beaucoup plus rares : la rétention, la cystalgie, les douleurs à la miction.

V. — Du point de vue clinique, ils se caractérisent essentiellement par leur accentuation sous l'influence de la station debout, de la fatigue, des efforts, de la menstruation.

VI. — L'examen ne montre parfois qu'une simple procidence de la paroi vaginale antérieure, sans abaissement de l'utérus.

VII. — Leur substratum anatomique est représenté par des déformations assez caractéristiques des organes urinaires : diverticule vésical, urètre « en S italique » (Figarella).

VIII. — Indépendamment de ces lésions, un facteur sympathique paraît indiscutablement intervenir dans leur production, soit isolément, soit conjointement avec les facteurs mécaniques.

IX. — Il existe toute une gamme d'opérations dirigées contre le prolapsus urétral ou vésical. Ces opérations ne sont pas à conseiller, parce qu'elles n'enrayent pas l'évolution du prolapsus génital.

X. — Le traitement doit se résumer en la cure aussi parfaite que possible du prolapsus. Il faut, de toute nécessité, replacer l'utérus en bonne position : automatiquement, la vessie et l'urètre le suivront. Bien entendu, la sangle pelvienne, surtout chez la femme jeune, ne doit pas être oubliée. Mais le traitement de choix de ces troubles reste l'hystéropexie ou la ligamentopexie.

LU ET APPROUVÉ :
Le Président de Thèse,
YVES BOURDE.

VU ET APPROUVÉ :
Le Doyen,
LUCIEN CORNIL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Aix, le 12 Octobre 1940
Le Recteur, GAU.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie de langue étrangère sera trouvée à la suite de l'article de Muret et Rapin, in *Gynécologie et Obstétrique*, août 1937.

BIBLIOGRAPHIE DE LANGUE FRANÇAISE

ALBARRAN. — Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. *Annales des Maladies des Organes Génito-Uri-naires*, 1892.

— Une nouvelle variété d'incontinence d'urine. *Ibid*, 1895.

AUBERT. — Le prolapsus génital et son traitement. *Revue Suisse de Médecine*, 1930.

BAUSSET. — Ligamentopexie par le procédé « des bras croisés ». *Thèse de Marseille*, 1939.

BÉGOUIN et SAVARIAUD. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus. *Congrès de Chirurgie*, 1933.

BERTUCAT. — Traitement de la cystocèle vaginale. *Thèse de Lyon*, 1900.

BORDIER. — De la supériorité des interventions sur le vagin et d'une nouvelle opération, en particulier dans le traitement du prolapsus génital. *Thèse de Bordeaux*, 1890.

BOUILLY. — Traitement des prolapsus génitaux. *Congrès de Chirurgie*, 1896.

BOURSIER. — De l'incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début. *Congrès International de Gyn. et Obst.*, Genève 1896.

COMAR. — Des troubles urinaires dans le prolapsus génital. *Thèse de Paris*, 1895.

- COTTARD. — Du traitement opératoire de l'incontinence d'urine chez la femme. *Thèse de Paris*, 1906.
- COLLET. — Incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme. *Thèse de Paris*, 1898.
- COTTE et ROUGEMONT. — *Lyon Chirurgical*, janvier 1924.
- CHAPUT. — De la suture antérieure des releveurs. *Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie*, 1905.
- DALSACE. — Cystalgie à urines claires. *Journal d'Urologie*, janvier 1928.
- DELANGLADE. — Suture des releveurs dans la cystocèle. *Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie*, 1902.
- DELBET. — De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et de son traitement. *Archives de Toxicologie*, t. 23.
- DUPLAY. — Maladies de l'urètre chez la femme. *Archives Générales de Médecine*, juillet 1880.
- Mécanisme du prolapsus. *Ibid.*, 1899.
- DUPLAY et CHAPUT. — Etudes sur les prolapsus. *Ibid.*, 1889.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, Paris.
- FAYOT. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. *Thèse de Paris*, 1932.
- FERRÉ. — Notes sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de la matrice. *Progrès Médical*, 1884.
- FIGARELLA. — Ligamentopexie par le procédé des « bras croisés ». *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1939.
- FLOUQUET. — Sur un nouveau traitement chirurgical de l'incontinence d'urine chez la femme. *Thèse de Paris*, 1899.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie*, 1916.
- GÉRARD-MARCHAND. — De l'incontinence d'urine liée au prolapsus utérin partiel ou total. *Congrès de Chirurgie*, 1896.
- GINESTIÉ. — Innervation de la vessie. *Thèse de Montpellier*, 1937.
- Innervation sensitivo-motrice de la vessie. Systématisation. *Journal d'Urologie*, décembre 1938.

- GRAVIER. — L'incontinence d'urine liée au prolapsus génital. *Thèse de Paris*, 1898.
- GUILLON. — Prolapsus génital chez les femmes âgées. *Thèse de Paris*, 1894.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire, Paris 1911.
- HUSSY. — Rapport sur le traitement du prolapsus génital. *Revue Suisse de Médecine*, 1930.
- JAUBERT. — Traitement de la cystocèle. *Thèse de Bordeaux*, 1890.
- JEANNENET-MINKINE. — L'incontinence d'urine chez la femme. *Thèse de Lausanne*, 1913.
- LAROVENNE. — Cysto-hystéropexie. *Congrès International de Gyn. et Obst.*, Amsterdam, 1899.
- LEFORT. — Nouveau procédé pour la guérison des prolapsus. *Bulletin de Thérapeutique*, 1877.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'Urologie, Paris, 1910.
- MARION. — Traité d'Urologie.
— Cure des grandes cystocèles vaginales. *Journal d'Urologie*, 1933.
- MURET. — Incontinence d'urine et prolapsus vaginal. *Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale*, avril-mai 1913.
- MURET et RAPIN. — Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme. *Gynécologie et Obstétrique*, 1938.
- MOLINES, CONDAMIN et BISCH. — Cure chirurgicale des cystocèles. *Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*, 1931.
- ORAISON. — Statique utéro-vaginale et troubles fonctionnels de la vessie. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1927, n° 4.
- POZZI. — Traité de gynécologie, Paris, 1905.
- RAPIN (O.-J.). — Incontinence d'urine et prolapsus vaginal. *Société Royale de Médecine de Gand*, t. 6, n°7, 1934.
- RICHET. — Chirurgie du muscle vésical. *Journal d'Urologie*, 1927.

SABADINI. — Prolapsus génital des femmes âgées. *Thèse de Paris*, 1923.

TERRILLON. — Traitement chirurgical de la chute de la matrice. *Bulletin Général de Thérapeutique*, 1892.

VIALLET et BONNET. — Anatomie pathologique de la cystocèle vaginale. *Lyon Chirurgical*, octobre 1910.

Parmi la littérature étrangère, on peut citer encore :

BRAKEMAN. — Prolapsus et tractus urinaire. *Zentralblatt für Gynekol.*, 8 septembre 1928.

WATTSON. — Incontinence d'urine après accouchement. Son traitement chirurgical. *British Medical Journal*, septembre 1934.

Table des Matières

INTRODUCTION	13
GÉNÉRALITÉS	15
HISTORIQUE	17

CHAPITRE PREMIER

LE SYNDROME CLINIQUE	19
I. — <i>Le Sujet</i>	19
II. — <i>Les Antécédents</i>	20
III. — <i>Les Grands Symptômes</i>	21
a) la pollakiurie	22
b) l'incontinence	24
c) la dysurie	26
d) la rétention	28
e) la cystalgie	30
IV. — <i>L'Evolution des Symptômes</i>	31

CHAPITRE DEUXIEME

LES DONNÉES DE L'EXAMEN	33
I. — <i>La Sphère Génitale</i>	33
II. — <i>La Sphère Urinaire</i>	35
a) l'urétrocèle	35
b) le prolapsus de la muqueuse urétrale	36
c) la cystocèle	36
d) la cystite	36
III. — <i>La Sangle Pelvienne</i>	37

CHAPITRE TROISIEME

L'ESSAI D'INTERPRÉTATION ANATOMO ET PHYSIOPATHOLOGIQUE	39
I. — <i>L'Interprétation Anatomopathologique</i>	39
a) les données de l'anatomie normale	39
b) les modifications anatomiques	40
c) l'interprétation des faits	42
II. — <i>L'Interprétation Physiopathologique</i>	43
a) les données de la physiologie normale	43
b) l'interprétation des faits	44

CHAPITRE QUATRIEME

LES CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES	47
I. — <i>Les Bases du Traitement</i>	47
II. — <i>Les Méthodes</i>	48
a) opérations dirigées contre le prolapsus	48
b) opérations dirigées contre les déformations vésico-urétrales	51
III. — <i>Les Indications</i>	54
IV. — <i>Les Résultats</i>	55
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	57
BIBLIOGRAPHIE	59

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
